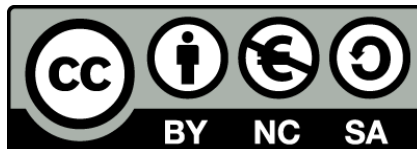




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Estudio de las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE)

Raquel Ayuso Margañón



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**

salud Análisis

UNIVERSITAT DE BARCELONA

**ESTUDIO DE LAS COMPETENCIAS
PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD
EN EL ENTORNO ESCOLAR (PEPSEE)**

RAQUEL AYUSO MARGAÑÓN

NOVIEMBRE 2018



Tesis Doctoral

competencias
SOCIEDAD



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Estudio de las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE)

Programa Doctorado en Educación y Sociedad

Barcelona, 2018

Doctoranda: Raquel Ayuso Margañón

Director/a: Dr. José Luis Medina Moya y Dra. M. Cruz Molina Garúz

Tutor: Dr. José Luis Medina Moya

Membre de la

LE
RU

Reconeixement internacional de l'excel·lència



B:KC
Barcelona
Knowledge
Campus



Health Universitat
de Barcelona
Campus



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

*A mis padres,
cuyo esfuerzo ha sido la base de mi educación.*

AGRADECIMIENTOS

Sumergirme en esta tesis ha supuesto para mí un arduo reto, han sido muchos los obstáculos que he tenido que superar, y muchos los sacrificios que he tenido que aprender a asumir. Sin duda, este trabajo carece de analogía con cualquier otra actividad académica de las que he realizado, pero también ha supuesto un aprendizaje extraordinario, tanto en el ámbito científico como personal y profesional. Por todo ello quiero dejar reflejado mi agradecimiento a aquellas personas con las que he compartido este proceso.

En primer lugar, a mis directores de tesis, por su valiosa ayuda, por su apoyo metodológico y capacidad para guiar mis ideas.

También quiero agradecer a todos los participantes de la investigación sin los cuales no hubiera sido posible su desarrollo, por su generosa predisposición e interés por el tema de estudio.

Por supuesto, a mi familia por su apoyo incondicional y paciencia a lo largo de este trayecto. Especialmente a mis padres por su dedicación y cuidados, también a Julio e Inma por esas atenciones extra, a Héctor por su pragmática ayuda y por sus ánimos constantes, a Sergi por sus sutiles reflexiones en momentos clave, a Jose y Eva por esos momentos de distracción en tan oportunas barbacoas, y a Sonia por la espontaneidad de sus consejos que sencillamente me iban despejando el camino.

Y, por último, agradezco a los amigos y a todos aquellos que, de una forma o de otra, han respaldado este esfuerzo.

A todos/as, muchas gracias.

RESUMEN

Introducción. Se sabe que el profesional de enfermería es clave en la promoción de salud y existe suficiente evidencia empírica que avala su labor en la escuela, sin embargo, continúa habiendo limitaciones para llevar a cabo su acción educativa en dicho contexto. Actualmente en nuestro país no hay una especialidad enfermera que cubra de forma evidente esta cuestión y falta información acerca de los avances conseguidos y los conflictos existentes en la práctica diaria desde la mirada de dicho profesional como el principal agente implicado. Se requiere un estudio en profundidad por lo que a través de esta tesis se investiga acerca de la función docente del profesional de enfermería como uno de los principales agentes promotores de salud en la escuela.

Objetivos. Como primer objetivo general se buscó definir al profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE), así como su perfil competencial pedagógico: actitudes, habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo una acción de calidad y efectiva en dicho entorno. Como segundo objetivo general se pretendió descubrir qué factores favorecen o condicionan una promoción de salud efectiva en la escuela dentro del contexto catalán, analizando el papel del profesional de enfermería, y proponiendo alternativas de mejora de la situación actual.

Metodología. Se planteó una investigación predominantemente cualitativa y de corte interpretativa, pero sin desechar los métodos cuantitativos. En la recogida de datos se combinó la aplicación cualitativa/cuantitativa del método Delphi con el enfoque exclusivamente cualitativo de las entrevistas en profundidad y la revisión documental. Hubo diferentes momentos de análisis en función del instrumento de recogida de datos utilizado, combinándose el análisis de contenido con el análisis estadístico descriptivo. Por último, se llevó a cabo un proceso de relación y comparación de los datos obtenidos, procediendo al redactado de los resultados.

Resultados. Del Delphi se extrajeron 11 rasgos definitorios para el PEPSEE delimitados en tres categorías (rol educador, visión integral del educando y enfoque integrador de la acción), y 81 elementos competenciales delimitados en nueve categorías (conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela, competencia interpersonal y de trabajo en equipo, habilidades de mediación pedagógica de salud, comunicación educativa, actitud docente competente, valores profesionales inherentes a la dimensión ética, investigación pedagógica en promoción de salud, competencia digital e innovación pedagógica, coordinación y liderazgo educativo). Con ello se planteó un programa

formativo de promoción de salud en el entorno escolar como marco de referencia para la adquisición de dichas competencias.

De las entrevistas, se extrajeron elementos facilitadores y barreras de la promoción de salud en la escuela en el contexto catalán, y se propusieron alternativas de mejora a la situación actual tomando como referencia al profesional de enfermería. Se obtuvieron 122 unidades de significado que quedaron estructuradas en tres dimensiones —planificación adecuada, alianzas estratégicas, formación del profesional—. Se reflejó una falta de planificación de la promoción de salud, alianzas estratégicas débiles y escasa formación específica del profesional de enfermería. En contraposición, destaca una voluntariedad profesional y disposición institucional.

Conclusiones. Se concluye que el PEPSEE es un profesional con identidad propia que debe ser reconocido social y profesionalmente como garante de una formación en salud de calidad. Éste constituye una figura clave para una pedagogía efectiva y para el logro de una mayor calidad de la promoción de salud en la escuela. Ahora bien, es necesaria una mejora en la formación específica de dicho profesional, que le pueda convertir en un profesional comprometido y capacitado para entender el proceso educativo y construir conocimiento en salud en el entorno escolar, y una mayor implicación institucional en Sanidad y Educación.

ABSTRACT

Introduction. This thesis investigates the teaching role of the nursing professional as one of the main health promoting agents in school.

Objectives. The first general objective was to define the health-promoting nursing professional in the school environment (PEPSEE), as well as his/her pedagogical competence profile: attitudes, skills and knowledge necessary to carry out a quality and effective performance in this environment. The second general objective was to discover what factors encourage or condition effective health promotion in schools within the Catalan context, analysing the role of the nursing professional and proposing alternatives for improving the current situation.

Methodology. A predominantly qualitative investigation of an interpretative nature was proposed, without rejecting quantitative methods. The Delphi method, in-depth interviews and documentary review were used for data collection. There were different stages of analysis combining content analysis and descriptive statistics. A mapping and comparison process of the data obtained was carried out in order to draw up the results.

Results. From the Delphi study, 11 defining features for the PEPSEE and 81 competency elements were extracted, divided into nine categories. Thus, a training programme for health promotion in the school environment was proposed as a reference framework for the acquisition of these skills. The interviews reflected a lack of health promotion planning, weak strategic alliances and little specific training for nurses. In contrast, he noted a professional willingness and institutional disposition.

Conclusions. The PEPSEE is a professional with its own identity that must be socially and professionally recognised as a guarantor of quality health training. It is a key figure for an effective pedagogy, but it is necessary to improve its specific training and a greater institutional involvement in Health and Education.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	17
PARTE I. MARCO TEÓRICO	21
CAPÍTULO 1. SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	23
1.1. Salud-enfermedad. Evolución histórica y social.....	24
1.2. Conceptualización actual de la salud. Hacia una perspectiva comportamental y social.....	36
1.3. La promoción de salud en las políticas públicas	43
1.4. El concepto de educación y su relación con la salud.....	61
1.5. La Educación para la Salud como instrumento de salud pública	65
CAPÍTULO 2. LA ESCUELA COMO ESCENARIO	71
2.1. La escuela: entorno idóneo para la promoción de salud	72
2.2. Beneficios de la promoción de salud en la escuela	75
2.3. La promoción de salud en la escuela como estrategia para el abordaje de la cronicidad	77
2.4. Escuelas saludables y promotoras de salud	97
2.5. Perspectivas de la promoción de salud en la escuela como parte del marco estratégico de políticas europeas de progreso	104
2.6. Factores facilitadores y limitadores de la implementación de la promoción de salud en la escuela.....	107
2.7. Promoción de la salud en la escuela. Avances conseguidos	111
2.8. Indicadores de garantía de éxito para la implementación de la promoción de salud en el entorno escolar	118
2.9. Evolución de la promoción de salud en la escuela a través de la legislación educativa	124
2.10. Promoción de la salud en el currículum escolar	147
2.11. Educación para la Salud como materia del currículum educativo	158
CAPÍTULO 3. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD	165
3.2. La competencia pedagógica del profesional de enfermería	166
3.2. La educación para la salud como profesión.....	179
3.3. El profesional de enfermería como educador en salud.....	183
3.4. La figura del profesional de enfermería en los centros de enseñanza	205
PARTE II. MARCO EMPÍRICO.....	217
CAPÍTULO 4. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	219
4.1. Delimitación del problema y objetivos de la investigación	220
4.2. Tipo y Diseño de la investigación	221
4.3. Etapas del proceso de investigación.....	226
4.4. Estrategias de obtención de información	228
4.5. Selección de participantes	233
4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	235
4.7. Criterios de rigor científico.....	236
4.8. Consideraciones éticas de la investigación.....	239
PARTE III. TRABAJO DE CAMPO	243
CAPÍTULO 5. TÉCNICA DELPHI	245
5.1. Panel de expertos.....	246
5.2. Contacto con los expertos.....	250
5.3. Grupo coordinador.....	252
5.4. Características del proceso.....	253
5.5. Etapas del proceso.....	257

5.6.	Tratamiento del Delphi. Presentación y análisis de los datos	263
CAPÍTULO 6.	TÉCNICA ENTREVISTA.....	267
6.1.	Sujetos entrevistados	268
6.2.	Guion de entrevista	270
6.3.	Desarrollo de la entrevista.....	272
6.4.	Tratamiento de la entrevista. Presentación y análisis de los datos	275
PARTE IV.	ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS	279
CAPÍTULO 7.	RESULTADOS DELPHI.....	281
7.1.	Primera ronda.....	282
7.2.	Segunda ronda	323
7.3.	Tercera ronda	360
CAPÍTULO 8.	RESULTADOS ENTREVISTAS	399
8.1.	Planificación adecuada.....	402
8.2.	Alianzas estratégicas.....	414
8.3.	Formación del profesional	426
PARTE V.	DISCUSIÓN.....	435
CAPÍTULO 9.	DISCUSIÓN DELPHI	437
9.1.	Definición PEPSEE	438
9.2.	Competencias pedagógicas del PEPSEE.....	441
CAPÍTULO 10.	DISCUSIÓN ENTREVISTAS	453
10.1.	Planificación adecuada.....	454
10.2.	Alianzas estratégicas.....	459
10.3.	Formación del profesional	463
PARTE VI.	CONCLUSIONES.....	467
CAPÍTULO 11.	CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION	469
11.1.	Conclusiones para el primer objetivo general	470
11.2.	Conclusiones para el segundo objetivo general	475
11.3.	Limitaciones de la investigación	484
11.4.	Aportaciones realizadas y futuras líneas de estudio.....	486
CAPÍTULO 12.	PROGRAMA FORMATIVO: PROMOCIÓN DE SALUD EN LA ESCUELA	489
12.1.	Presentación de la propuesta: análisis del contexto y perfil de los participantes .	490
12.2.	Objetivos de la propuesta.....	491
12.3.	Estructuración.....	491
12.4.	Fichas para el desarrollo de las competencias pedagógicas del PEPSEE	493
12.5.	Presentación de los contenidos	504
12.6.	Modalidad de la formación y recursos.....	509
12.7.	Planificación y cronograma	512
BIBLIOGRAFÍA.....		513
ANEXOS		541

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Glosario de Promoción de la Salud. Lista de términos básicos.	50
Tabla 2. Factores de riesgo que avalan el enfoque promocional de salud en la escuela.	80
Tabla 3. Aspectos que caracterizan una Escuela Saludable.	99
Tabla 4. Barreras detectadas en el Informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (1997).	109
Tabla 5. Leyes educativas seleccionadas en el ámbito global de España y delimitado de Cataluña.	125
Tabla 6. Competencias básicas propias de cada ámbito.	148
Tabla 7. Organización del currículum educativo catalán para la etapa de Primaria y Secundaria.	149
Tabla 8. Posibles contenidos de la materia curricular Educación para la Salud.	161
Tabla 9. Textos legislativos influyentes para la disciplina enfermera.	195
Tabla 10. Cronograma de la investigación.	228
Tabla 11. Criterios de selección de expertos.	248
Tabla 12. Caracterización de los expertos que participaron en la consulta (formación académica, científica, experiencia profesional).	250
Tabla 13. Criterios de selección de informantes clave.	268
Tabla 14. Caracterización de las informantes que participaron en la entrevista.	270
Tabla 15. Bloques temáticos y subtemas para el guion de entrevista.	271
Tabla 16. Categorías primera pregunta abierta.	286
Tabla 17. Resumen de la categoría y subcategorías de rol educador.	287
Tabla 18. Resumen de la categoría y subcategorías de enfoque integrador.	291
Tabla 19. Resumen de la categoría y subcategorías de visión integral.	293
Tabla 20. Categorías segunda pregunta abierta.	295
Tabla 21. Resumen sobre la categoría del conocimiento base para la enseñanza de la salud en la escuela.	297
Tabla 22. Categoría competencia interpersonal y de trabajo en equipo.	300
Tabla 23. Categoría Habilidades de mediación pedagógica.	304
Tabla 24. Categoría comunicación educativa.	308
Tabla 25. Categoría actitud docente competente.	311
Tabla 26. Categoría valores profesionales inherentes a la dimensión ética	313
Tabla 27. Categoría Investigación pedagógica en promoción de salud.	315
Tabla 28. Categoría Competencia digital e innovación pedagógica.	317
Tabla 29. Categoría Coordinación y liderazgo educativo.	319
Tabla 30. Rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE. Listado preliminar primera ronda.	321
Tabla 31. Criterios de acuerdo en lo que respecta a la relevancia de cada ítem.	325
Tabla 32. Criterios de consenso establecidos para la opinión del grupo acerca del nivel de consenso.	326
Tabla 33. Criterios de conformidad establecidos sobre la opinión experta expresada en la ronda anterior.	327
Tabla 34. Resumen de valoración referente a la definición del PEPSEE	328
Tabla 35. Grado de conformidad respecto de los rasgos definitorios del PEPSE.	329
Tabla 36. Resumen de valoración referente a la categoría competencial “Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela”.	332
Tabla 37. Grado de conformidad respecto de la categoría “Conoc. base para la enseñanza de salud en la escuela”.	335
Tabla 38. Resumen de valoración referente a la categoría “Competencia interpersonal y trabajo en equipo”	335
Tabla 39. Grado de conformidad respecto de la categoría “Competencia interpersonal y trabajo en equipo”	338

Tabla 40. Resumen de valoración referente a la categoría de “Habilidades de mediación pedagógica”	338
Tabla 41. Grado de conformidad respecto de la categoría “Habilidades de mediación pedagógica”	341
Tabla 42. Resumen de valoración referente a la categoría de “Comunicación educativa”	342
Tabla 43. Grado de conformidad respecto de la categoría “Comunicación educativa”	344
Tabla 44. Grado de conformidad respecto de la categoría “Actitud docente competente”	344
Tabla 45. Resumen de valoración referente a la categoría “Actitud docente competente”	345
Tabla 46. Resumen de valoración referente a la categoría de “Valores profesionales inherentes a la dimensión ética”	347
Tabla 47. Grado de conformidad respecto de la categoría “Actitud docente competente”	348
Tabla 48. Resumen de valoración referente a la categoría de “Investigación en promoción de salud”	349
Tabla 49. Grado de conformidad respecto de la categoría “Investigación en promoción de salud”	350
Tabla 50. Resumen de valoración referente a la categoría “Competencia digital e innovación pedagógica”	351
Tabla 51. Grado de conformidad para la “Competencia digital e innovación pedagógica”	353
Tabla 52. Resumen de valoración referente a la categoría de “Coordinación y liderazgo educativo”	354
Tabla 53. Grado de conformidad respecto de la categoría de “Coordinación y liderazgo educativo”	357
Tabla 54. Rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE. Listado provisional segunda ronda	357
Tabla 55. Criterios de acuerdo en lo que respecta a la relevancia de cada ítem.	362
Tabla 56. Criterios de consenso establecidos para la opinión del grupo acerca del nivel de consenso.	363
Tabla 57. Resumen de valoración referente a la definición del PEPSEE	364
Tabla 58. Tabla resumen sobre rasgos definitorios del PEPSEE.	369
Tabla 59. Resumen de valoración referente a la categoría competencial “Conoc. base para la enseñanza de salud en la escuela”.	370
Tabla 60. Resumen de elementos categoría competencial “Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela”.	372
Tabla 61. Resumen de valoración referente a la “Competencia interpersonal y trabajo en equipo”	373
Tabla 62. Resumen de elementos para la “Competencia interpersonal y trabajo en equipo”.	375
Tabla 63. Resumen de valoración referente a la categoría competencial “Habilidades de mediación pedagógica de salud”	376
Tabla 64. Resumen de elementos para la categoría competencial “Habilidades de mediación pedagógica”	378
Tabla 65. Resumen de valoración referente a la categoría competencial de “Comunicación educativa”	379
Tabla 66. Tabla resumen sobre la categoría competencial “Comunicación educativa”	382
Tabla 67. Resumen de valoración referente a la categoría competencial de “Actitud docente competente”	383
Tabla 68. Tabla resumen sobre la categoría competencial “Actitud docente competente”	384
Tabla 69. Resumen de valoración referente a la categoría competencial de “Valores profesionales inherentes a la dimensión ética”	384
Tabla 70. Tabla resumen de elementos relacionados con los valores profesionales inherentes a la dimensión ética.	386
Tabla 71. Resumen de valoración referente a la categoría competencial de “Investigación pedagógica en promoción de salud”	387
Tabla 72. Tabla resumen sobre la categoría “Investigación en Promoción de Salud”.	388
Tabla 73. Resumen de valoración referente a la “Competencia digital e innovación pedagógica”	389

Tabla 74. Tabla resumen sobre los elementos relacionados con la Competencia digital e innovación pedagógica.	391
Tabla 75. Resumen de valoración referente a la “Coordinación y liderazgo educativo”	392
Tabla 76. Tabla resumen sobre la categoría competencial “Comunicación educativa”.	394
Tabla 77. Rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE. Tabla resumen definitiva.	395
Tabla 78. Recuento unidades de significado del análisis de entrevista.	402
Tabla 79. Categorías correspondientes a la dimensión relacionada con la “Planificación adecuada”	403
Tabla 80. Categorías y subcategorías de análisis para la dimensión de "Planificación adecuada".	404
Tabla 81. Categorías correspondientes a la dimensión relacionada con la dimensión de "Alianzas estratégicas"	415
Tabla 82. Categorías y subcategorías de análisis para la dimensión "Alianzas estratégicas"	416
Tabla 83. Categorías correspondientes a la dimensión relacionada con la dimensión de "Formación del profesional".	427
Tabla 84. Categorías y subcategorías de análisis para la dimensión de "Formación del profesional".	427
Tabla 87. Definición del PEPSEE.	472
Tabla 88. Barreras y fortalezas detectadas para la implementación de la promoción de salud en el entorno escolar en Cataluña.	480
Tabla 85. Contenidos propuesta formativa “Promoción de salud en el entorno escolar”.	505
Tabla 86. Cronograma de la propuesta formativa.	512

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Indicadores de garantía de éxito para la implementación de la promoción de salud en la escuela.	119
Fig. 2. Esquema organizativo del diseño mixto concordante con la investigación.....	223
Fig. 3. Etapas del proceso de investigación.	226
Fig. 4. Técnicas de análisis concretadas para la investigación.....	235
Fig. 5. Etapas del proceso Delphi.....	257
Fig. 6. Resumen de categorías referidas a los rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE.	284
Fig. 7. Categorías y subcategorías sobre los rasgos definitorios del PEPSEE.	285
Fig. 8. Resumen de respuestas sobre la mediación pedagógica de salud.	288
Fig. 9. Resumen de respuestas sobre el empoderamiento.	289
Fig. 10. Resumen de respuestas sobre la capacitación pedagógica del profesional.....	290
Fig. 11. Resumen de respuestas sobre la sensibilidad docente.	291
Fig. 12. Resumen respuestas sobre el enfoque integrador en el proceso de enseñanza..	292
Fig. 13. Resumen de respuestas sobre la visión integral.	294
Fig. 14. Categorías y subcategorías de las competencias pedagógicas del PEPSEE.	296
Fig. 15. Resumen de respuestas sobre el conocimiento propio de la profesión enfermera. ...	298
Fig. 16. Resumen de respuestas sobre otros elementos del conocimiento.	299
Fig. 17. Resumen de respuestas sobre el trabajo interdisciplinar.	301
Fig. 18. Resumen de respuestas sobre las habilidades de relación interpersonal.	302
Fig. 19. Resumen de respuestas sobre el manejo de conflictos.	303
Fig. 20. Resumen de respuestas sobre la adecuación al equipo.	303
Fig. 21. Resumen de respuestas sobre la valoración previa del proceso.	305
Fig. 22. Resumen de respuestas sobre la organización y planificación.....	306
Fig. 23. Resumen de respuestas sobre la subcategoría de estrategia y método.	307
Fig. 24. Resumen de respuestas sobre la subcategoría de evaluación integral.	307
Fig. 25. Resumen de respuestas sobre la categoría de comunicación educativa.	310
Fig. 26. Resumen de respuestas sobre la categoría de actitud docente competente.	312
Fig. 27. Resumen de respuestas sobre el valor de la responsabilidad.....	314
Fig. 28. Resumen de respuestas sobre el valor del compromiso.....	314
Fig. 29. Resumen de respuestas sobre el valor de la consciencia.	315
Fig. 30. Resumen de respuestas sobre investigación pedagógica en promoción de salud.....	316
Fig. 31. Resumen de respuestas sobre la competencia digital e innovación pedagógica.	318
Fig. 32. Resumen de respuestas sobre la categoría de liderazgo educativo.	320
Fig. 33. Dimensiones y categorías de análisis determinadas en la fase de entrevistas.	401

INTRODUCCIÓN

*«Quien se atreve a enseñar
nunca debe cesar de aprender»*

JOHN COTTON DANA

Este proyecto nace de mi experiencia profesional como enfermera en el ámbito comunitario y de mi formación en el ámbito educativo. La interacción en ambos contextos me ha permitido detectar sentires y vivencias en relación con la promoción de salud en la escuela observando en primera persona ciertos desánimos entre los agentes implicados, sobre todo en lo que se refiere al desarrollo de estrategias para motivar a los alumnos en la adquisición de hábitos relacionadas con su salud.

Existe suficiente evidencia empírica que demuestra y avala la importante labor del enfermero como agente idóneo para promover el desarrollo integral en la infancia y adolescencia. A lo largo de los años ha ido ganando protagonismo en los diferentes programas de salud escolar, quedando demostrado su compromiso con la población y el sistema sanitario por su potencial educador, y no únicamente por su función asistencial. No obstante, sigue siendo motivo de discusión qué roles debe cumplir este profesional en la escuela, y continúan siendo numerosas las limitaciones y dificultades para llevar a cabo su acción educativa en este contexto, siendo percibida muchas veces, como una sobrecarga de trabajo añadido a la multitud de exigencias profesionales ya existente. ¿Puede un enfermero con dominio en el área de comunitaria cubrir esta función? ¿O bien debe pertenecer al área de pediatría? ¿Qué competencias pedagógicas debe tener? Éste es, precisamente, el aspecto fundamental que constituye la naturaleza del problema a estudiar y uno de los motivos principales que han guiado la investigación.

A través de esta tesis se investiga acerca de la función docente del profesional de enfermería como uno de los principales agentes promotores de salud en la escuela, capaz de liderar y motivar al cambio de conducta a través de intervenciones de

educación para la salud. Se pretende definir al profesional de enfermería promotor de salud escolar (PEPSEE) y describir su perfil competencial pedagógico: actitudes, habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo tal acción de forma efectiva. Asimismo, se pretende elaborar una propuesta formativa enfocada a la adquisición de dichas competencias. Paralelamente, se busca descubrir qué factores favorecen o condicionan una promoción de salud efectiva en la escuela dentro del contexto catalán, analizando las debilidades y fortalezas de la realidad actual, así como el valor que puede aportar el profesional de enfermería con competencias pedagógicas específicas, y proponer alternativas de mejora de la situación actual. Los resultados obtenidos pretenden servir de reflexión de cara a arbitrar estrategias que garanticen una educación en salud firme y eficaz, así como vínculos eficientes entre el ámbito educativo y el sanitario, tomando como esencia la figura del PEPSEE como base regeneracionista.

La tesis está dividida en seis partes: marco teórico; marco empírico; trabajo de campo; análisis de los datos y resultados; discusión y conclusiones.

Los tres primeros capítulos corresponden al marco teórico. En el primer capítulo se lleva a cabo una revisión y análisis de las dimensiones que definen la Salud y la Educación, trazando relaciones entre sus elementos y estableciendo premisas comunes, con objeto de llegar al significado de Promoción y Educación para la Salud (EpS). El segundo capítulo se enfoca hacia la Escuela como escenario de salud, tratando la importancia de la promoción de la salud, así como la necesidad estratégica de educación en salud. Se lleva a cabo una revisión de las estrategias de implementación de EpS en Europa, España y Cataluña; estudiando los avances conseguidos y las necesidades y retos que quedan por conseguir en promoción y educación. Asimismo, también se realiza una revisión de las principales leyes educativas de nuestro país, así como del currículo escolar de Cataluña, tratando de analizar la manera en la que se integran las competencias y contenidos de salud en los planes de estudio, y proponer a partir de aquí, opciones de mejora. El capítulo tercero está dirigido al profesional de enfermería promotor de salud en la escuela. Se tratan aspectos como la figura del agente educador de salud, el profesional de enfermería como promotor y educador en salud, así como su experiencia educadora en los centros de enseñanza.

El cuarto capítulo se corresponde con el marco empírico donde se presenta detalladamente la metodología utilizada para la investigación: se presentan los objetivos, se describe el diseño de la investigación y las etapas del proceso, se

concretan las técnicas de obtención de información, los participantes, y técnicas de procesamiento de los datos. También se abordan los criterios de rigor científico y consideraciones éticas.

El trabajo de campo queda concretado en los capítulos quinto y sexto, donde se describen las técnicas seleccionadas en función de los objetivos de investigación propuestos: Técnica Delphi para el primer objetivo general y Técnica de entrevistas para el segundo.

El análisis de los datos y los resultados obtenidos se presentan en el capítulo séptimo —donde se exponen los resultados derivados del Delphi— y octavo —en que se exponen los resultados derivados de las entrevistas—. Seguidamente se examinan e interpretan dichos resultados en los capítulos noveno y décimo, completando con ello la parte de Discusión.

Por último, en los dos capítulos finales se redactan las conclusiones destacando las principales aportaciones de la investigación, así como recomendaciones y propuestas de acción, e identificando futuras líneas de investigación apoyadas en los resultados obtenidos. Asimismo, se elabora la propuesta formativa enfocada a la adquisición de las competencias pedagógicas del PEPSEE.

PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

En este primer capítulo se ha llevado a cabo una revisión y análisis de las dimensiones que definen la Salud y la Educación, trazando relaciones entre sus elementos y estableciendo premisas comunes, con objeto de llegar al significado de Promoción y Educación para la Salud.

En primer lugar, se hace una reflexión acerca de la evolución histórica y social que ha adquirido el concepto de salud hasta llegar a su conceptualización actual. Más tarde se analiza el alcance de la promoción de salud como objetivo sanitario y eje de las políticas de salud pública. Por último, se aborda el concepto de educación para la salud, el cual conlleva un proceso de enseñanza-aprendizaje.

1.1. Salud-enfermedad. Evolución histórica y social

El término salud proviene del latín *salus-ütis*. La Real Academia Española¹ (RAE, 2015) lo define como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Desde el punto de vista histórico, este concepto se ha ido modificando a lo largo de distintos momentos, y ha sido abordado y definido desde diferentes perspectivas teóricas, dándose un valor diferente en cada sociedad y cultura. Este hecho, ha sido fundamental para comprender el desarrollo e interés por la promoción de la salud en la actual cultura occidental (Restrepo, 2001b).

En este primer apartado se realizará un repaso por las corrientes más conocidas que han permitido la interpretación del proceso salud-enfermedad y las implicaciones que éstas han tenido hasta alcanzar el actual paradigma de salud desde una perspectiva integral, que promueve la importancia de desarrollar conductas positivas para preservarla.

1.1.1. Edad Antigua. Del carácter mágico de la salud a la comprensión de las causas naturales de la enfermedad

El interés por conservar la salud ha estado presente desde las primeras civilizaciones de la historia. Durante largo tiempo permaneció el pensamiento primitivo, mágico-religioso centrando la enfermedad en un castigo divino. El hechizo nocivo, la infracción de un tabú, la penetración mágica de un objeto en el cuerpo, la posesión de espíritus malignos y la pérdida del alma, eran formas de interpretar la enfermedad por los pueblos primitivos, lo que promovía la utilización de amuletos, talismanes y otras prácticas asentadas en la superstición, para evitar la enfermedad (Laín Entralgo, 1978; Perea, 2004). Para algunos autores, estas acciones, bien podían considerarse como medidas e intervenciones promocionales de salud, ya que se hacían con la finalidad de conservarla (Restrepo, 2001b). En la Biblia se encuentran más referencias sobre

¹ El término "salud" también es definido por la RAE como las condiciones físicas en las que se encuentra un organismo en un momento determinado. La libertad o bien público o particular de cada uno. El estado de gracia espiritual. Extraído de la web www.rae.es

prácticas preventivas, convertidas en normas religiosas, que, en cierta manera, también se pueden considerar protectoras de la salud individual y colectiva; como por ejemplo el lavado de manos y alimentos, la circuncisión, el aislamiento de enfermos o la reglamentación del día de reposo, lo que ha hecho considerar al pueblo judío, como precursores de la protección de la salud (Restrepo, 2001b). La Ley Mosaica de la antigua civilización hebrea ofrece instrucciones estrictas sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de enfermedades transmisibles, constituyendo así uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad (Perea, 2004).

En el antiguo Egipto y Mesopotamia perdura la creencia de que la enfermedad y la muerte eran provocadas por fuerzas extrañas, llevadas a cabo por objetos inanimados, seres vivos o espíritus demoníacos. Estar sano era considerado como un principio mental que permitía mantenerse limpio y puro de influjos adversos, lo que llevaba a practicar medidas preventivas. Por un lado, en lo espiritual, a través de prácticas mágico-religiosas, por otro lado, en lo corpóreo, a través del cuidado de la apariencia personal o bien a través de la higiene interna, con purgantes, con el pensamiento de que muchas de las dolencias tenían su causa en la alimentación (Guerrero & León, 2008). Sin duda, estas evidencias sobre tendencias de control de la enfermedad y protección constituyen aportes para la promoción de salud. Estas civilizaciones, según Perea (2004), fueron las que iniciaron el primer cambio conceptual de salud, dando sentido al desarrollo de la higiene personal y pública en el control de la enfermedad.

En la cultura helénica el concepto de armonía relacionado con la salud volvía a estar presente. La armonía del todo y de sus partes es lo que generaba en el hombre, vida y salud, llevando la desarmonía, a la enfermedad y a la muerte (Guerrero & León, 2008). La veneración a los dioses formaba parte de la cotidianidad del pueblo griego y a éstos se les pedía una larga vida y si era posible, un envejecimiento saludable y una muerte sin dolor. Estar sano, era considerado como una gracia divina (Restrepo, 2001b).

Cabe subrayar la figura de *Hygia*, la diosa y guardiana de la salud, que dio origen a la palabra higiene. Simbolizaba la creencia de poder mantenerse sano viviendo con moderación y de acuerdo con la razón. Representaba las virtudes de una vida sana en un medio agradable. La higiene tuvo un importante papel en la antigua sociedad griega, y este concepto constituyó, como en nuestros días, una importante contribución en lo que refiere a la promoción de la salud. Higia no tenía nada que ver con la curación de

las enfermedades, más bien se podría decir que se relacionaba con la preservación de la salud (González, 2006). Según Sigerist (1998), las personas sabían por experiencia que comer en exceso, exponerse al frío, no dormir lo suficiente o circunstancias equivalentes, no favorecían la buena salud. De esta manera, los griegos generaron recomendaciones para una vida sana, aunque éstas únicamente fueron posibles en la clase aristocrática, que es la que se podía permitir dedicación al culto y al placer.

Es importante destacar también a los grandes pensadores de la cultura helénica, que reflexionaron sobre el concepto de salud dando importancia a la preservación de ésta. Para Platón era mejor tener poco dinero y estar sano, que estar enfermo y ser rico. Los pitagóricos recomendaban una vida pura, adquirida a través de dietas y prácticas especiales como la musicoterapia. Hipócrates, considerado “Padre de la Medicina”, fue uno de los mejores referentes de la teoría humoral² (Volcy, 2007). La salud, era considerada para los hipocráticos como un equilibrio, como “una buena mezcla de humores”, y la enfermedad, era considerada como “una mala mezcla” (Alby, 2004, p.17). Fue, además, el representante máximo del pensamiento griego relacionado con la vida sana como fuente de riqueza (Restrepo, 2001b). Su tendencia naturalista basada en la armonía de la naturaleza humana y el ambiente que le rodea manifestaba el respeto que debía procurarse a ciertas leyes con objeto de preservar el equilibrio (Alby, 2004; Guerrero & León, 2008). Por ejemplo, dado que los humores tienen relación con el medio ambiente, y en especial con la nutrición, como medida para restablecer la salud, utilizaban una dieta balanceada³ (Volcy, 2007).

Según González (2006), Hipócrates fue el que dio base científica a la higiene, que estudia en su famoso tratado “de los Aires, las Aguas y los Lugares”, y constituyó una pauta para decidir sobre las condiciones en que debían ser construidas las ciudades. Entre éstas, destacaba que fueran erigidas en lugares elevados para evitar la humedad, contar con aire puro y asegurar la utilización del sol (López, n.d.). Como se observa, se establecen ya en esta etapa acciones protectoras, dirigidas a modificar las condiciones

² La teoría humoral de Hipócrates plantea que el mundo físico, incluido el cuerpo humano, está compuesto de cuatro elementos: tierra, aire, fuego y agua, lo que hace que tenga las cuatro cualidades de la naturaleza: calor, frío, sequía y humedad. De esta manera, cualquier cosa es una mezcla de los cuatro humores. Estos humores circulan por el cuerpo humano, pero dado que la consistencia de éstos puede variar, un humor puede quedar atorado en un determinado órgano y obstruir la circulación del resto. La salud, por tanto, depende del equilibrio humoral (ibíd., p.412).

³ La dieta balanceada consiste en comer todo tipo de alimentos sanos diariamente para producir la energía esencial para el cuerpo y comer de cada alimento la cantidad necesaria.

ambientales y alimentarias que podían influir en la salud. Aunque no sería hasta siglos más tarde, que estas tendencias formen parte de las políticas gubernativas.

Con la llegada del imperio romano, la salud adquirió una visión más realista y se dio un gran paso en lo que se refiere a la promoción de la salud. Sin duda, diversos autores coinciden en que la gran contribución del imperio romano fue la aplicación de los conocimientos de carácter urbanístico, en cuanto a la conducción de agua y saneamiento del medio ambiente, con la construcción de los famosos acueductos, cañerías y desagües en las casas, baños públicos con cuartos para vestirse, agua caliente y fría, piscinas de natación. Todos ellos constituían aportes necesarios para la vida saludable y la salud pública (Restrepo, 2001b; Perea, 2004). Destaca en este apartado, la gran obra subterránea de la ciudad de Roma, la “Cloaca Máxima”, que sigue siendo admirada en la actualidad y constituye una de las redes de alcantarillado más antiguas del mundo. A través de múltiples bifurcaciones y canales que atravesaban la ciudad, se drenaban las aguas y desperdicios de los baños públicos hasta el río Tíber (Hopkins, 2007). Otra de las grandes contribuciones de los romanos, importante para la tendencia de protección de la salud, fue la construcción de mercados que favoreció la higiene de los alimentos y la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público (Guthrie, 1947; González, 2006).

En Roma se conservaron principios higiénicos de la cultura griega y egipcia, convirtiendo en normas públicas, las prácticas que hasta entonces eran individuales (González, 2006). Aunque, contrariamente a la cultura helénica, para los romanos el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y afeminado, apareciendo una concepción más amplia de salud que incorporaba la mente, consagrada en el aforismo “mens sana in corpore sano”⁴ (Restrepo, 2001b). Se podría señalar, que la preservación de la salud mental ya asomaba en esta época como valor para mantenerse sano. También destacan grandes pensadores que avalaban el valor promocional de la salud. Plutarco reconocía la importancia del trabajo como fuente saludable asegurando que la pereza no es beneficiosa para la salud. Galeno, fue el primero en manifestar unos “pre-requisitos” para la salud referidos principalmente, a la libertad de pasión e independencia económica, vitales para la constitución física saludable. Y Ateneo postuló la importancia del desarrollo físico, mental y social del niño para su adecuado crecimiento (Restrepo,

⁴ La cita completa es “Orandum est ut sit mens sana in corpore sano”. Décimo Junio Juvenal en “Las Sátiras” (Sátira X, 356). Instruye para implorar la salud integral de la mente, el cuerpo y el alma.

2001b). De esta manera se puede subrayar, que tal vez fuera Ateneo, quien, por primera vez, hiciera aportaciones para la promoción de la salud específicas para la etapa infantil.

1.1.2. Edad Media. Preocupación por la inseguridad epidémica

En el período medieval se produce un importante retroceso en lo que se refiere al concepto de salud como un valor alcanzable a través de las prácticas promocionales de organización social e higiene (González, 2006). Este período es conocido por las grandes epidemias, relacionadas con el incremento de las comunicaciones y los conflictos bélicos. La preocupación por la etiología de la enfermedad no era prioritaria. Con afecciones epidémicas como el “fuego de San Antonio”, el “sudor inglés” o la “peste bubónica”, los esfuerzos se centraron en instaurar medidas preventivas relacionadas con las barreras sanitarias en las fronteras, aislamiento y cuarentena (Perea, 2004).

Por otro lado, se recurría nuevamente al influjo religioso y tenían el pensamiento de que las enfermedades estaban causadas como castigo al comportamiento de los hombres, lo que provocaba, con frecuencia, el abandono de las prácticas higiénicas básicas, como el agua potable, aire limpio y alimentación sana (González, 2006). Y muchas veces, la forma de combatir las epidemias era a través de prácticas oscurantistas, por medio de las cuales, las personas debían obtener la cura expiando sus errores con castigos (Carvalho & Buss, 2008). La segregación de leprosos, las medidas de cuarentena marítima y el establecimiento en tierra de cordones sanitarios, podían ser consideradas como “verdaderas acciones de salud”, dirigidas a la protección de ésta, mediante actividades realizadas de forma organizada gubernativamente (Salleras, 1990, p.33). Estas prácticas se prolongaron hasta el Renacimiento, donde no se observaron grandes cambios ni innovaciones en salud pública.

1.1.3. Renacimiento. Pensamiento racional del proceso salud-enfermedad

Según Salleras (1990), el Renacimiento no produjo el despertar de la conciencia sanitaria. De hecho, cabe destacar que en esta época tuvo lugar uno de los hechos más dañinos para la promoción de la salud, y fue el gusto por el tabaco, que perdura hasta la actualidad. Aun así, en este período comienza a cambiar el pensamiento, y se

extiende un movimiento renovador contra los dogmatismos de la Edad Media (Restrepo, 2001b). Esto ayudaría y motivaría los avances de períodos venideros. El impulso del pensamiento racional inspirado en la desnaturalización del mundo hace que las grandes epidemias pasen de ser consideradas plagas divinas, a ser objeto de observación y reflexión. Esta reflexión se concentró básicamente en los factores externos como causantes de la enfermedad, y se desarrollaron importantes teorías para explicar el fenómeno del contagio (Carvalho & Buss, 2008). Entre éstas prevalece la teoría miasmática, que postulaba que todo hedor era igual a enfermedad. Es decir, los miasmas se consideraban exhalaciones pútridas que se difundían por el aire y hacían enfermar a las personas (Volcy, 2007). Otro protagonista, que reflejó esta visión de la época, fue Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo y como una figura emblemática por su obra “De Contagione” (1546), pionera en el ámbito de la microbiología, que versa sobre la transmisión de enfermedades⁵. Fue el primero en establecer el concepto de enfermedad contagiosa a través de su noción de la existencia de diminutas semillas de enfermedades, estableciendo tres formas de contagio, por contacto directo, por medio de fómites⁶ o bien por el aire o miasmas infectados (Iommi, 2010).

No se produjeron grandes avances con respecto al conocimiento de las enfermedades infecciosas, que entonces eran prevalentes, pero algunos autores consideran que estos hechos constituirían la base de evidencia para las primeras políticas de salud que vendrían más tarde, dirigidas a proporcionar medidas colectivas e individuales de protección de la salud, es decir, protección contra los miasmas (Carvalho & Buss, 2008).

1.1.4. Edad Moderna. Del pensamiento biólogo a la búsqueda de la realidad social concreta en el proceso de enfermar

En el siglo XVII, se cimientan las bases de la bacteriología y la microbiología que han orientado por largo tiempo el enfoque de la medicina (Restrepo, 2001b). Al descubrirse el microscopio, se pensó también que se había descubierto la causa de los procesos

⁵ “De contagione et contagiosis morbis et eorum curatione”, la obra describe todas las enfermedades consideradas contagiosas (peste, lepra, sarna, rabia, erisipela, viruela, ántrax, tracoma, tífus exantemático y sífilis).

⁶ Cualquier objeto o sustancia inanimada capaz de transportar agentes infecciosos. Extraído de Dicciomed. Universidad de Salamanca.

patológicos. Comienza entonces el conocido período científico, que durará hasta comienzos del siglo XX (Perea, 2000). La salud, claramente, adquiere un enfoque eminentemente biológico, en que imperan las causas naturales que producen la enfermedad, independientemente de la acción de las personas. Y en base a esto, la salud ha estado orientada durante mucho tiempo hacia el tratamiento de la causa física de enfermar, a través del uso de tecnologías y medicamentos.

Según Salleras (1990) no será hasta mediados de siglo XIX que surja con verdadera fuerza la toma de conciencia sobre la relación entre la salud de la población y sus condicionantes de vida, cobrando vida el concepto de medicina social. No obstante, el siglo precedente también constituyó un escenario de especial relevancia para la promoción de la salud. De hecho, el progreso moderno en la salud en Europa comenzaría en este período, a partir del incremento en el suministro de alimentos resultado de la revolución agrícola, que se difundió a través de Europa después de 1700, y que se reflejó en la disminución de la mortalidad (Mckeown & Lowe, 1986). Asimismo, en el siglo XVIII también sobresalieron importantes pensadores inspiradores de políticas sociales de salud e intervenciones educativas, lo que merece una reflexión en las siguientes líneas.

Destacaron dos grandes corrientes. Por un lado, la corriente absolutista, cuyo máximo exponente fue Johann Peter Frank. Hizo grandes aportaciones en salud pública, defendiendo que la pobreza y las causas sociales, eran el principal origen de enfermedades. Estudió las condiciones sociales bajo las cuales se vivía en la época y recomendó métodos para mejorarlas (Restrepo, 2001b). Según Sigerist (1998), no únicamente fue el pionero de la salud pública, sino que también contribuyó a la medicina social. Con su obra "Sistema de política médica integral"⁷ (1779-1827), asentaba por primera vez, los principios que debían regir la acción de la protección de la salud. Para este autor, el bienestar físico de las poblaciones resultaba indispensable para la prosperidad del Estado, lo que le llevó a publicar dicha obra considerada como un minucioso código sanitario destinado a los dirigentes de mentalidad reformista, que querían velar por la salud y la longevidad de las sociedades que gobernaban. A lo largo de los 9 volúmenes se ocupa de aspectos como el embarazo, las enfermedades venéreas, el aborto, nutrición, vivienda, seguridad pública, violencia, entre otros. Cabe

⁷ *System einer vollständigen medizinischen polizey.*

destacar que, en su segundo volumen, refleja aspectos que pueden considerarse promocionales de salud relacionados con el cuidado y la educación de los niños. Esto es, los progenitores habían de procurar a sus hijos una buena educación física y moral para preservarlos de enfermedades, hacerlos útiles a sí mismos y al Estado (Jori, 2012).

La otra corriente referida estuvo inspirada en la filosofía de la Ilustración, propia de este período. Su máximo inspirador fue Jean Jacques Rousseau, que postulaba que el hombre es bueno y racional, con capacidad para cambiar su situación, pero es ignorante a la vez, porque no se le ofrece el conocimiento necesario. No obstante, hay que mencionar antes al filósofo John Locke, que había consagrado doctrinas educativas similares anteriormente y formuló un programa de salud física y mental a través de la educación (Restrepo, 2001b).

Esta tendencia define al individuo como un ser bueno, con raciocinio, que enferma porque es ignorante y está corrompido por la civilización que lo aparta de la naturaleza. Su condición natural es gozar de salud y felicidad, y la educación es el medio para conseguirlo. El individuo es el único capaz de cambiar su situación si se le da el conocimiento necesario. Se podría apuntar que la educación comenzaba a brotar en la salud pública. De hecho, se prestó gran atención a la infancia, aflorando grandes obras didácticas: Nicolas Andry (1741) publicó "Ortopedia, el arte de prevenir y de corregir las deformidades de los niños", con recomendaciones para corregir la postura corporal de estos. Rousseau publicó la renombrada obra "Emilio, o De la educación" (1762). Por último, el "Catecismo de la Salud", fue publicado por Bernhard Christoph Faust (1794), incluía mensajes para maestros, padres y niños, que resaltan aspectos de la promoción de la salud y el bienestar (Sigerist, 1998; Restrepo, 2001b).

Se puede decir que, en el siglo XVIII, a pesar de estar enmarcado en el período científico y ser considerado eminentemente biológico, también se invirtieron esfuerzos en promover el bienestar físico y mental para el individuo y la sociedad, incluso en la etapa infantil. No obstante, el término de salud tal y como lo entendemos hoy, no se utilizará hasta bien entrado el siglo XX.

1.1.5. *Siglo XIX. La salud como responsabilidad social*

Es en este período cuando se evidencia el carácter multifactorial de la enfermedad, donde se acentúan otros factores determinantes como la nutrición, condiciones sanitarias deficientes, medio ambiente y aspectos psicosociales entre otras (Perea, 2000; Restrepo, 2001b). El agente causal de enfermedad ya no sólo es un microorganismo, sino que también lo es cualquier condicionante no saludable. Se empieza a tomar conciencia sobre la relación entre el estado de salud de la población y sus condicionantes de vida, tomando gran impulso el concepto de medicina social. Además, la Revolución industrial, uno de los acontecimientos más importantes que marcaron el siglo XIX, puso en evidencia las consecuencias terribles de las condiciones laborales que producían efectos devastadores traducidos en enfermedades como tuberculosis, alcoholismo y muerte prematura, entre otras (Restrepo, 2001b). Comienza así una transformación social y política que trataba de dar respuesta a esta situación.

Una de las grandes figuras de esta época, fue Rudolf Virchow. Definido como uno de los más célebres salubristas-políticos, destacado por sus hallazgos en relación con los cambios celulares patológicos, y considerado el padre de la medicina social. Manifestaba que los determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida de la pobreza y propuso unos prerrequisitos para ser saludable, como trasladar los impuestos de los pobres a los ricos, mejoramiento de la agricultura y las vías de acceso, entre otros (Restrepo, 2001b). Virchow, en diversas publicaciones de su revista «Die medizinische reform» (La reforma médica), defendió que la salud era un asunto de interés social y que las condiciones sociales y económicas debían de ser analizadas científicamente como causa de enfermedad (Fresquet, 1999). Como se observa, ya se advertía la importancia de los condicionantes sociales en el proceso de enfermar, así como la necesidad de que el Estado tomara responsabilidad e interviniera para procurar una adecuada salud pública. En cierta manera, se podría decir que se intuía la importancia de generar políticas sociales y programas de promoción de la salud pública.

Desde la disciplina enfermera, cabe destacar en este período a Florence Nightingale (1859), escritora y estadística, pionera de la enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería. Esta teórica ya concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad, mediante el control del entorno

y la responsabilidad social (Marriner & Raile, 2008). También tiene un gran interés, por sus instigaciones hacia las reformas sociales para devolver la salud a las personas, la figura de Chadwick. Salleras (1990), lo describe como uno de los más importantes personajes, cuyas ideas dieron luz al nuevo paradigma de la salud pública como filosofía social, como práctica administrativa y como política de gobierno. Elaboró un Informe⁸ a petición del Parlamento sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora en Gran Bretaña (1842), donde ponía de manifiesto, entre otras, las carencias alimentarias, de aire puro y contaminación, que provocaban pérdida de la salud (González, 2006).

Chadwick, llegó a la conclusión de que la salud dependía, en gran medida, de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento. La mortalidad infantil en las clases obreras era más del doble que en la clase aristocrática, lo que corroboraba sus conclusiones. Las recomendaciones sanitarias que apuntaba iban dirigidas, por tanto, hacia la mejora del saneamiento del medio, la creación de funcionarios médicos con dedicación total a su tarea de protección de la salud, y a las acciones de salud materno-infantil (Salleras, 1990). Según este mismo autor, estos y otros informes dieron paso al establecimiento de los primeros servicios de salud pública⁹, donde los gobiernos de Europa y América del Norte emprendían por primera vez, acciones directas para el mantenimiento de la salud pública, dirigidas al medio ambiente y a la colectividad. Intervenciones principalmente encaminadas al saneamiento, legislación e inspección.

En este sentido, González (2006) coincide con Salleras en que fueron de gran relevancia también los nuevos descubrimientos en bacteriología por Pasteur y Koch, que permitieron avanzar en referencia a las medidas de protección contra las enfermedades. Aunque, tendrían que pasar décadas aún, para encontrar el término de promoción de la salud entre los objetivos de la salud pública, entendida como hoy en día, con acciones dirigidas por parte de los gobiernos, no únicamente a la protección (control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio y de las enfermedades), sino también al fomento de la salud de los individuos y la colectividad, promoviendo estilos de vida, a través de la educación sanitaria.

⁸ "Informe Chadwick" (1842), sobre el estado de las grandes ciudades y de los distritos populosos de Inglaterra y Gales, insistió en la relación que existe entre la pobreza y la enfermedad. Señalaba criterios como que, mientras los habitantes pobres de las ciudades no fueran capaces de obtener viviendas saludables, con aire y luz suficientes, agua potable y sistemas de evacuación de aguas residuales, su salud y fuerza física estaría perjudicada y sus vidas acortadas.

⁹ Con la denominación de "Sanidad e Higiene Pública".

1.1.6. Siglo XX. Nueva visión positiva e integral de la salud

Está claro que fue el siglo XIX el contexto clave para el impulso de la promoción de la salud con el reconocimiento de otros determinantes en el proceso de enfermar que dan importancia a los condicionantes sociales y no únicamente a lo meramente físico y natural. Pero, los cambios más relevantes, sin duda han tenido lugar en el siglo XX, donde la salud adquiere una nueva conceptualización y aparecen nuevos paradigmas sanitarios.

En este contexto no se puede obviar a Henry Sigerist (1941), por ser uno de los más importantes historiadores salubristas e influyente para esta nueva concepción de salud. Sigerist partía de la idea de que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, “una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo” (Guerrero & León, 2008, p. 628). Algunos autores como Beldarraín (2002), Vega-Franco (2002) y Guerrero & León (2008), concluyen que fueron los planteamientos de Sigerist los que inspiraron la definición de 1946 de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de alcance universal, que rompía con las concepciones anteriores, con el máximo fin de conseguir el equilibrio no sólo físico, sino también emocional y social: “la salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o achaque”¹⁰.

La salud es conocida desde entonces como un proceso holístico, en el que intervienen no solo la dimensión física y biológica, sino también otros condicionantes, permitiendo entender a la persona desde un punto de vista más global. Esta definición se convirtió en un axioma para la mayoría de los países que fueron incorporándola en su legislación interna, sirviendo de base para el cumplimiento de las competencias básicas en materia de salud y desarrollo, dando pie a que tomaran medidas políticas públicas sanitarias, con objeto de mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos (Alcántara, 2008).

De hecho, Sigerist fue el primero en usar el término promoción de salud para referirse a las acciones fundamentadas en la educación sanitaria y a las acciones que lleva a cabo el Estado en la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos. Concibió las cuatro

¹⁰ Esta definición fue presentada por Stampar en 1945 y aceptada universalmente por la OMS en 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States Official Records of the World Health Organization.

funciones de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. Y fue considerado el precursor de las «Escuelas Saludables» por tener en cuenta a la escuela como una de las instituciones más importantes de salud pública (Castro, 2001; Restrepo, 2001b).

Entre sus teorías, abordó un sistema de atención visionario, donde destacaba la importancia de la atención primaria y las actividades de promoción de la salud. Defendió la necesidad de que el Estado interviniera en los programas de asistencia médica (Beldarraín, 2002):

[...] El pueblo tiene derecho a la atención médica y la sociedad tiene la responsabilidad de cuidar a sus miembros. Un sistema ideal de atención médica debe ser organizado alrededor de los centros de salud, cada uno con un hospital y un departamento de salud pública, conectado con pequeñas estaciones locales de salud, atendidas por médicos generales, enfermeras y técnicos... cada ciudadano debe tener una asistencia médica gratuita (p.66).

Restrepo (2001b) resume afinadamente los preceptos del Programa de Salud que propuso, que van en consonancia con sus teorías:

Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud. Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente. Mejores medios de recreación y descanso. Un sistema de instituciones de salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a su restauración, cuando la prevención ha fallado. Centros médicos de investigación y capacitación (p.22).

Como se puede ver, a lo largo de la historia se han ido produciendo cambios y variaciones en la manera de entender el proceso de enfermar, que de una manera o de otra han ido motivando hacia la integración de la promoción como eje vertebrador de la salud en la actualidad. En todos los momentos históricos se ha podido observar la intencionalidad de preservar la salud, y esto, sin duda, ha ido transformando la manera de entender este concepto en su conjunto, pasando de ser un problema individual a una preocupación colectiva, y pasando de estar vinculado a la enfermedad y la muerte, a ser considerada de forma positiva; abarcando así la atención a las comunidades en su contexto, y no solamente al individuo; e interviniendo cuando se está sano, y no únicamente en la enfermedad.

1.2. Conceptualización actual de la salud. Hacia una perspectiva comportamental y social

El cambio conceptual de salud más importante tuvo lugar en 1946, cuando la OMS, considerada como la máxima entidad gubernativa reconocida a nivel internacional en materia de salud, forjó la definición de este término como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”¹¹ (World Health Organization [WHO], 1946). No obstante, esta conceptualización de salud ha tenido también sus críticas, y son numerosas las definiciones y consideraciones que a partir de este momento se han formulado sobre la salud hasta hoy. En este sentido, es necesario realizar un análisis sobre éstas, ya que de una forma o de otra, por sí mismas han contribuido al fortalecimiento de la promoción de salud como instrumento imprescindible y estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud actual.

Diversos autores han calificado esta definición de utópica, dado que no es posible alcanzar el bienestar de forma completa. Asimismo, ha sido descrita como estática, ya que en la salud existen diferentes grados de salud positiva; y subjetiva, al no poder medirse de forma objetiva y no tener en cuenta la capacidad de funcionar (Salleras, 1990; Piédrola, 2008). Todas estas críticas han ido dando cabida a otras sugerentes definiciones de carácter más dinámico.

Herbert L. Dunn, en 1959, define la salud como “un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz en el entorno en el que está funcionando” (p.447). Para Dubos, 1967, la salud es un estado de adaptación al medio. Wyllie, en 1970 lo define como un continuo ajuste del hombre a su medio ambiente (Piédrola, 2008). Seppilli define el término en 1971 como una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social (Isla, 2004).

Se observa en estas definiciones que toma más importancia el potencial y/o la capacidad de la persona de adquirir el bienestar, que éste en sí mismo. Además, en la conceptualización del término, adquiere una mayor jerarquía el contexto en que se

¹¹ Aceptada en la Conferencia Internacional de Salud celebrada en Nueva York el 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, entró en vigor el 7 de abril de 1948.

mueve el individuo. Pero, sin duda, una definición que sobresale es la de Terris en 1975, que sigue en esta línea y propone modificar la definición de la OMS con objeto de hacerla más operativa. Así, según este autor, la palabra «completo» debería eliminarse de la definición, ya que ni la salud, ni la enfermedad, pueden considerarse como un absoluto. Para Terris, tanto la salud como la enfermedad tienen dos dimensiones, una subjetiva, es decir, sentirse bien o mal en diferentes grados; y un aspecto objetivo, que lo atribuye a la capacidad o limitación de funcionar en diferentes grados. La salud para este autor no implica estar libre de enfermedad, sino que más bien, se refiere a ésta como la suma de las dos dimensiones, esto es, la suma de «bienestar» más la capacidad de «poder funcionar». De este modo, define el término como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Salleras, 1990).

Esta definición, supuso un avance en el estudio conceptual de la salud, introduciendo la posibilidad de medir el grado de salud, y asentando las bases para pasar definitivamente del concepto estático de salud al dinámico, en que el binomio salud-enfermedad formaría un continuo. Aunque también hay que tener en cuenta que esta definición tiene un inconveniente, y es que es posible tener bienestar, así como capacidad de funcionamiento en diferentes grados, y estar a la vez enfermo. Es decir, hay enfermedades que en sus fases iniciales no conllevan malestar, lo que te permiten seguir capacitado para funcionar (Salleras, 1990; Piédrola, 2008).

Otra de las conceptualizaciones que cabe destacar también en este apartado, es la del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, celebrado en Perpiñán (1976), en el que se adoptó la definición de salud como “aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa”¹². En referencia a ello, Gol (1977) hace unas sugestivas reflexiones. Interesarse únicamente por la enfermedad en la definición de salud quiere decir que la población está carente de cultura sanitaria y que no está en condiciones de asumir la propia salud, y tampoco de controlar el sistema sanitario. Éste fue precisamente el tema que hizo replantearse a los ponentes de Perpiñán que se había de comenzar de nuevo. Para ver cuál es la función social de la Medicina y la finalidad de un sistema sanitario, hacía falta plantearse primero de todo, qué es la salud, y proponerse esto como objetivo. Por otro lado, la salud no puede ser definida por los

¹² Definición extraída del Libro de Actas del Congreso. Vol. 3. p. 412-413. Ref. D.L. 31.730-1978.

científicos, porque la ciencia no tiene un modelo del hombre. Así, la idea de salud es relativa y se ha de aceptar que es la comunidad, la sociedad, quien ha de tener la última palabra para decidir qué es para ésta la salud, y qué tipo de salud quiere tener; cuál es su concepción de vida, cómo quiere ser tratada por el sistema sanitario; prioridades y gastos. Por tanto, no es posible una definición de salud que valga para siempre y para todos, ya que todas las definiciones que no son científicas son relativas y dependen del consenso de todos.

Para Gol (1977), la definición de salud de la OMS tiene diversos elementos rechazables. En primer lugar, esta definición es ideológica, ya que «el bienestar» no se puede definir científicamente; y utópica, porque no puede existir una sociedad sin enfermedades, y el bienestar completo físico, mental y social no se dará nunca. En este sentido, se refiere al bienestar como una trampa en muchas ocasiones, y no un objetivo; porque en una situación de injusticia y opresión, el que siente bienestar es porque se descuida en este aspecto. Es decir, el oprimido, cuando siente bienestar es porque no se da cuenta de lo que está pasando. Por otro lado, “la enfermedad” tiene una parte generadora de salud, y es por ello por lo que no se pueden tratar de igual manera los signos beneficiosos que los perjudiciales. Los elementos que sirven para liberar al enfermo de la causa que le ha enfermado, que luchan contra la limitación, son saludables.

Otro de los elementos que rechaza el autor es el de «estado», al introducir la OMS el concepto de enfermedad. La enfermedad y la salud no son un estado, ya que la vida no es un estado, sino un proceso. Aceptar que la salud es un estado presente y basta, permite manipulaciones sin sentido, ya que no se tienen presentes las consecuencias. Por ejemplo, aquello que le pasará a un individuo por el hecho de que viva un poco más.

Es preciso, por tanto, examinar el proceso de enfermedad y salud como un todo para saber más fácilmente qué decisiones tomar. «Salud» es una cualidad de vida o una manera de vivir. Se puede, por ejemplo, estar enfermo de una forma sana o de una manera insana. Estará insanamente enfermo, aquel individuo que no luche de forma adecuada contra el agente dañino. La manera de vivir o cualidad dinámica de la vida, queda definida por la presencia de tres parámetros: la *autonomía* (cuando una enfermedad provoca el mínimo de limitaciones y tiene capacidad de escoger libremente). La *solidaridad* (hace que la autonomía no pueda ser nunca independencia. Todos somos interdependientes de los otros, ya que no es posible que exista un

individuo si antes de nacer no existiera una comunidad de individuos, y no es posible la realización de uno mismo si no se tiene en cuenta la de los demás). Por último, para que una manera de vivir sea sana, es preciso un tercer parámetro, *el bienestar* (es una satisfacción a nivel más profundo, que se consigue cuando un individuo está en buena relación con la realidad; tanto la interior, en lo que se refiere a la imagen de uno mismo y el sentido de la propia vida, como la exterior, referida a la sociedad, las cosas externas).

Todas estas reflexiones ayudaron, en parte, en la elaboración de un nuevo concepto que sirviera realmente para ayudar a la promoción de los individuos, y se extrajera una definición libre que corresponde a un modelo de realización humana. Así, se definió la salud en Perpiñán, como aquella manera de vivir que es autónoma, que es solidaria y que es gozosa. Para Gol (1977), esta definición también es utópica, pero en menor grado que la de la OMS.

Gavidia & Talavera (2012) admiten que tiene una visión claramente más comportamental. La salud ya es vista como estilo de vida, y hace responsable al individuo de las acciones que pueden quebrar o mejorar su estado de salud. Por un lado, la indicación de que la salud es una manera de vivir gozosa se refiere a la capacidad de mantener la salud mental con disposición para hacer frente a los problemas diarios, esto es, disfrutar de cualquier situación cotidiana, como satisfacción en el trabajo, relaciones personales y ocio. Destaca así el bienestar psíquico como punto de partida de una estrategia sanitaria del individuo. Por otro lado, cuando describe la autonomía de la persona, se refiere a su capacidad para funcionar de forma que no sea dependiente de los demás. Y, por último, no se olvida de la dimensión social, mencionando la solidaridad para la mejora de la calidad de vida.

Matarazzo (1980) reafirma esta conceptualización, introduciendo el término «salud conductual»:

La salud conductual es un campo interdisciplinario dedicado a la promoción de una filosofía de salud que ejerza presión sobre la responsabilidad individual en la aplicación de las ciencias conductuales y biomédicas y técnicas para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y disfunción (discapacidad) por una variedad de actividades individuales realizadas por iniciativa propia o compartidas (citado en Cerezo & Hurtado, 2012, p.55).

También son destacadas, las disquisiciones de Bersh (1987), que continúa con esta idea definiendo la salud como “un proceso de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o están influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud” (citado en Vergara, 2007, p.46).

A través de unas y otras definiciones se puede ver que cada vez ha ido alcanzando más importancia para la salud, por un lado, el aspecto intrínseco de la persona, esto es, el comportamiento; y, por otro lado, el factor más externo, como es el entorno. Podríamos decir que estos dos aspectos, han ido contribuyendo y dando forma al término de salud tal y como es vista hoy. El mantenimiento y la mejora de la salud, deja de obedecer únicamente al componente tradicional físico y mental, sino que también puede ser modificada por los estilos de vida y por el medio en que nos desarrollamos. Esto conlleva que es la persona quien debe convertirse en protagonista y responsabilizarse de su propia salud. Se instruye así en garante de las acciones que contribuyen a la mejora de la misma.

Algunas de las teóricas enfermeras más influyentes de la disciplina enfermera también han reflexionado acerca del concepto de salud, destacando a la persona y el entorno como eje vertebrador. De hecho, es precisamente gracias a la manera particular con la que los profesionales de enfermería abordan la relación entre el cuidado, la persona, el ambiente y la salud, que se clarifica el campo de la profesión (Kérouac, Pepin, & Ducharme, 1996).

Para Henderson (1966) la salud es definida como el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida; un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, a través de las catorce necesidades básicas (Bellido, Ríos, & Fernández, 2010). Para Roy (1970) la salud es entendida como un proceso de ser y llegar a ser persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de adaptarse al medio. No sólo se trata de librar al individuo de la infelicidad, la enfermedad y la muerte, sino de ofrecerle herramientas para combatirlo lo mejor posible, a través de la educación y el apoyo psicológico y social, y en lo relacionado con su calidad de vida (Marriner & Raile, 2008). Orem (1993) define la salud como un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus diversos componentes. Significa integridad física, estructural y

funcional; ausencia de defecto que implique deterioro; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El individuo trata de conseguir la salud utilizando sus facultades, para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

En 1984, la OMS hace una nueva definición de salud: “la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente” (citado en Gavidia & Talavera, 2012, p.172). La salud se centra en la persona una vez más, pero teniendo en cuenta el momento en que está viviendo. Se deja atrás la definición utópica de salud y se da importancia al desarrollo de las capacidades individuales para conseguir cada vez más salud. Y esta salud, en mayor o menor grado, debe servir para hacer frente a los problemas cotidianos. Ya no se trata de adaptarse al entorno, sino de intervenir en éste (Gavidia & Talavera, 2012). El progreso de los sistemas de salud en todo el mundo da una nueva relevancia al concepto de salud, que viene determinado claramente por la promoción de la misma. Dentro de este contexto, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud se considera desde esta perspectiva, como un recurso para vivir, más que como un fin en sí misma (Isla, 2004).

Uno de los conceptos sobre salud más recientes, lo presenta nuevamente la OMS (1998) en la Conferencia de Salud para Todos en el siglo XXI¹³, que determina la salud como aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar en la vida social de la comunidad, haciendo hincapié en las desigualdades sociales y económicas (World Health Organization [WHO], 1998a). Aquí se aprecian cambios de connotación estratégica para lograr el objetivo marcado. Se hace un nuevo llamamiento a la justicia social, con la intención de que todas las personas puedan aspirar a un grado de salud coherente con una vida social y económicamente productiva. La meta renovada para el siglo XXI es lograr la salud para todos de forma equitativa, incorporándola como parte central del proceso de desarrollo social. Con esta nueva conceptualización, parece que se constata nuevamente lo

¹³ Adoptada por la comunidad mundial de la salud en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 1998.

dirimido en anteriores definiciones en cuanto al protagonismo de la persona en la mejora y mantenimiento de su salud, pero esta vez, en términos de igualdad y equidad social.

En definitiva, haciendo análisis general de la conceptualización de la salud hasta llegar a la situación actual, vemos que se ha ido cuestionando constantemente y la salud se ha ido definiendo desde diferentes ángulos hasta llegar al momento actual, entendida desde una perspectiva integral (acepción del individuo como ser biopsicosocial); positiva (no centrado en la enfermedad, sino en la salud); dinámica (pueden existir diferentes grados de salud, que varían entre personas, contextos sociales y culturales, entre otros, que pueden ir desde un nivel muy elevado y profundo de bienestar, hasta el máximo nivel de pérdida de salud); multicausal y social, de dimensión ecológica (referido a la relación entre la salud y la interacción entre los individuos con el medio físico y social en que se desarrollan) (Fortuny & Molina, 1998). Sin embargo, es posible que no se pueda llegar a definir el término de forma completa.

Para algunos autores, al no poder optar por una enunciación universal, no es necesaria una definición (Hesslow, 1993). Sánchez (2012) sugirió que ningún concepto puede llegar a expresar todo lo que los individuos ansían, ni todo lo que éstos pueden llegar a ser y realizar. Por otro lado, otros autores afirman que el concepto de salud es cambiante y depende de variables culturales. Todas las personas tienen ideas diversas sobre la salud, una concepción racional o irracional, manifiesta o no; y éstas son las que configuran su forma de pensar y actuar en cualquier esfera social, personal, familiar, política, entre otras (Nordenfelt, 1993)

Isla (2004) por su parte, afirma que el significado de la salud cambia con la edad, el contexto cultural y social, el sexo, la educación. Asevera que el término salud se idealiza desde la teoría, pero se expresa pragmáticamente desde la vida cotidiana de las personas y grupo social, pudiendo adquirir diferentes interpretaciones. Así, en cualquier paradigma que intente promocionar o mejorar la salud y prevenir la enfermedad, es preciso conocer dicha interpretación, ya que, de no ser así, se podría estar hablando de cosas y objetivos diferentes.

Como estos autores, también pienso que no existe una definición unánime. En mi opinión, la salud no consiste en una única conceptualización, sino que debe extraerse de cada una de ellas aquello que realmente sirva para potenciar y promover el desarrollo sano de la persona, vista siempre desde una perspectiva holística; aquello que

realmente erija al individuo como protagonista de su propia salud, teniendo en cuenta tanto el impacto de sus actividades en salud, como el entorno físico, condiciones sociales, culturales y económicas que le rodean. En este sentido, retomando la revisión realizada de algunas de las definiciones de salud más destacadas hasta la actualidad, vemos que el término se ha ido construyendo a partir de diferentes e interesantes premisas que, sin duda, se han ido ajustando a lo largo de los años en consonancia a los cambios de la compleja realidad: bienestar físico, psíquico y mental, capacidad de funcionamiento, comportamiento y entorno ambiental y social. Y, valga decir, que todo este entramado ha tenido un eje central y común: la persona.

Así, cada una de las definiciones aportadas ha ido generando ideas nuevas a la anterior, y todas en su conjunto han ido asentando las bases de la promoción de la salud tal y como se conoce actualmente desde un punto de vista más social. Y esto a su vez, ha motivado que a lo largo de los últimos años el objetivo fundamental de la atención de salud se haya moldeado, apostando por la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad como prioridad política. Cabe pues dedicar el próximo apartado a la reflexión y profundización de esta cuestión.

1.3. La promoción de salud en las políticas públicas

1.3.1. La salud y sus determinantes

Desde que la OMS (1946) concibiera la célebre definición de salud se plantean nuevas perspectivas sobre la salud poblacional y comienzan a tener importancia las causas y circunstancias que determinan esta misma. Así, conocer estos factores y el peso que ejercen en la salud se hace imprescindible desde el punto de vista epidemiológico e igualmente necesario para comprender la esencia de las intervenciones de salud.

En la década de los setenta surgen varios modelos que intentan dar una explicación a todo ello, analizando los factores relacionados con las diversas dimensiones de la salud, como el ecológico de Austin y Werner (1973) o el modelo de bienestar de Travis (1977) (Piédrola, 2008). Pero sin duda, uno de los modelos más difundidos y aceptado ha sido

el holístico de Lafambroise (1973)¹⁴. Este autor asienta las bases de un modelo en que se conceptúa la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, considerando que resulta de la interacción de un conjunto de factores que pueden agruparse en cuatro categorías: estilos de vida, medio ambiente, sistema de cuidados de salud y las características propias de la persona, esto es, la biología humana (Rodríguez & Abecia, 2006).

Este modelo adquiere gran relevancia cuando en 1974, es desarrollado y estudiado por Marc Lalonde¹⁵ dando origen al documento “Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses”¹⁶. Dicho documento, más conocido como “Informe Lalonde”, ha pasado a ser un clásico en Salud Pública y ha sido de vital relevancia para orientar las políticas de promoción de salud (Salleras, 1990; Piédrola, 2008). De hecho, éste fue el primer documento de la política de gobierno nacional que identificó la promoción de la salud como una estrategia clave, poniendo de manifiesto la importancia de considerar una visión más holística de la salud. Posteriormente, se utilizó como base para documentos de políticas similares en otros países (Rootman, Goodstadt, Potvin, & Springett, 2007).

El estudio trataba de conocer los factores que influían en la salud de los/las canadienses, agrupados en cuatro grandes grupos determinantes de la salud. Sus resultados consolidaban la multicausalidad en el proceso de enfermar (Lalonde, 1974, pp.31-32):

- Biología humana: relacionado con aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- Medio ambiente: relacionado con los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socioculturales y psicosociales.
- Estilo de vida: relacionado con las conductas de salud. Hábitos personales y de grupo en la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, entre otros.

¹⁴ Administrador del Ministerio de Salud de Canadá en aquel momento.

¹⁵ Marc Lalonde (1929). Abogado y político. Desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá en el momento que encargó el estudio.

¹⁶ A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. 1974

- Sistema de asistencia sanitaria: relacionado con organización (mala organización de los cuidados), la calidad (inadecuada praxis) accesibilidad, la cobertura, gratuidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

Desde entonces y hasta nuestros días, los determinantes de la salud han constituido una de las grandes preocupaciones de los gobiernos, que debaten constantemente acerca de cuáles deben de ser los cambios y las intervenciones por realizar para dar respuesta a los problemas, tratando de estipular qué categorías deben ser objeto de prioridad por las políticas de salud, por su mayor influencia en la morbilidad y mortalidad de la población (González, 2006).

Según los datos publicados en el Informe Lalonde, los determinantes que mayor efecto causan en la salud pública son los estilos de vida y el medio ambiente (Salleras, 1990), siendo estas dos categorías consideradas indivisibles, ya que muchos hábitos y conductas de vida dependen de factores sociales y medioambientales; y además existe una clara relación entre la clase social y la presentación de diversas enfermedades, hábitos y factores de riesgo (Piédrola, 2008).

De la misma forma, Blum (1974) prioriza estas cuatro categorías dando importancia máxima al medio ambiente, seguido por los estilos de vida y la biología humana y, por último, los sistemas sanitarios. Añade que todas ellas están interrelacionadas a través de lo que denomina recursos naturales, equilibrio ecológico, la cultura, los componentes del bienestar mental y las características propias de la población. Dever (1976) confirma los resultados de Lalonde, y describe con más detalle los componentes de cada categoría, denominándolo «modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud» (Fortuny & Molina, 1998; Rodríguez & Abecia, 2006). En la misma línea McKeown (1974) también resalta el papel de los factores ambientales, las vacunas o las condiciones de vida y de trabajo como los principales factores que contribuyen a la salud, por encima del papel de la asistencia sanitaria (Vázquez, 2015).

Estas dos categorías también han sido estudiadas y medidas en términos de mortalidad prematura por diversos autores desde que se publicara el Informe Lalonde, demostrando que han contribuido significativamente al incremento de riesgo de pérdida de salud. De especial mención es una de las primeras investigaciones realizadas en esta línea por Breslow & cols. (1980) en la que identificaban cinco comportamientos

significativamente asociados a un mayor riesgo de morir, entre los individuos de 30 y 69 años. Dichos comportamientos estaban claramente relacionados con estas categorías: tabaquismo, sedentarismo, consumo de alcohol, obesidad y número de horas de sueño. Especialmente, los tres primeros. A pesar de ello, el estudio de Lalonde (1974) constataba que, en Canadá, era la asistencia sanitaria la que incongruentemente recibía más recursos. Es precisamente a raíz del denominado Informe, que nace la idea de que no es suficiente con la asistencia sanitaria para atender el estado de salud de la población (Salleras, 1990). Se hace necesario pues, forjar modelos de atención de acuerdo con las necesidades y problemáticas acontecidas, teniendo en cuenta otros factores sociales y contextuales, siendo preciso generar acciones dirigidas hacia dichos factores que se erigen como determinantes de salud, de tal forma que capaciten a la persona, comunidad o grupo social para mantener un equilibrio en salud.

En la década de los noventa se da un gran paso en el desarrollo de un marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Dahlgren y Whitehead (1991)¹⁷ profundizan en esta línea, partiendo de la base de que las influencias sociales determinan los comportamientos personales, ya sea de forma positiva o negativa. En su modelo, muestran los mecanismos a través de los cuáles, los determinantes sociales afectan al estado de salud de la población. A través de un diagrama de capas interrelacionadas, recogen aspectos proximales (relacionados con el individuo) y aspectos distales (relacionados con las condiciones de vida y trabajo; y condiciones socioeconómicas culturales y ambientales generales). Los aspectos proximales se ven condicionados por las capas superiores y más distales. Es decir, según el modelo, las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad en su conjunto, así como las condiciones del mercado laboral, tienen una influencia en las redes sociales comunitarias, que a su vez influyen en los comportamientos y factores individuales. Así, por ejemplo, las personas con una situación económica desfavorable tienden a exhibir una mayor prevalencia de factores de comportamiento como el tabaquismo y la mala alimentación y se enfrentan a mayores barreras financieras en lo que se refiere a la elección de un estilo de vida saludable (Vázquez, 2015).

¹⁷ Modelo de los determinantes de la salud. Dahlgren y Whitehead, 1991.

Hamilton y Bhati (1996) proponen un modelo¹⁸ integrado de promoción de la salud que resulta interesante considerar para esta tesis, ya que incluye la Educación y el desarrollo saludable del niño como determinantes sociales de la salud. Dicho modelo está representado por un cubo integrado por tres bloques principales, los cuales envuelven nueve determinantes sociales, cinco niveles de intervención y cinco estrategias integrales de intervención surgidas de la Carta de Ottawa (1986). Estas dos últimas caras del cubo mencionadas resultan propicias para comprender el cauce de las intervenciones en la mejora de la salud, pudiéndose orientar hacia núcleos poblacionales concretos y/o bien hacia el cambio de políticas, aunque reconoce que en muchas ocasiones la oportunidad y la factibilidad permitirán tan solo abordar niveles menos osados como el desarrollo de habilidades personales o intervenciones de salud comunitaria (Vázquez, 2015). Al ser la educación y el desarrollo saludable del niño considerados como determinante de la salud, cabe aducir que la Escuela claramente se convierte en un entorno sobre el que intervenir tanto a nivel individual, familiar, comunitario, como de sistema y sociedad.

Wilkinson y Marmot (2003) vuelven a poner de manifiesto, entre otros aspectos, el desarrollo sano del niño aludiendo a la importancia para toda la vida de los determinantes de salud desde la primera infancia. Se refieren además a los diferentes estratos sociales en la salud, seguido por una explicación de cómo las influencias psicológicas y sociales afectan salud física y la longevidad, centrando la atención en el papel que las políticas públicas pueden desempeñar en la configuración del entorno social, de manera que conduzcan a una mejor salud (Caballero et al., 2012). Por su parte, la OMS (2008) da un paso más proponiendo un modelo¹⁹ en que se contemplan las desigualdades sociales en salud reconociendo los procesos que contribuyen a la distribución no igualitaria de los recursos (cuestión que hasta entonces suponía una limitación criticada de los anteriores modelos). El modelo muestra también el rol principal del contexto socioeconómico y político y su papel en la estratificación social, e incluye unos determinantes intermedios (Vázquez, 2015). Entre éstos, la Educación vuelve a estar presente como factor que puede incidir en la distribución de la salud y el bienestar.

¹⁸ Modelo de Promoción de la Salud de la población: un modelo integrado de salud y promoción de salud de la población. Hamilton y Bhati, 1996.

¹⁹ Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales. Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. OMS, 2008

Por último, profundizando en la línea de desigualdades sociales en salud, la propuesta de Borrell, Díez, Morrison y Camprubí (2012)²⁰ para el ámbito urbano local, retoma nuevamente la idea de Escuela, esta vez de forma explícita como un entorno que puede incidir en la desigualdad en salud (Vázquez, 2015). Como vemos, la promoción de la salud adquiere una nueva perspectiva considerando estrategias de acción hacia el conjunto de los determinantes de la salud en todos los niveles de intervención, desde el individuo a la sociedad en general. El proceso de promoción de la salud pretende trasladar así el control sobre factores que producen salud, mediante una combinación de acciones dirigidas tanto a los individuos como al medio ambiente en el que estos viven, para conseguir mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas (Sarría, De la Cruz, & Hernández, 2014). Y en todo este proceso, la escuela se va configurando como un determinante social y al mismo tiempo también como ámbito de actuación, convirtiéndose así, por su importancia, en objetivo de las políticas públicas de salud.

Pero, para analizar las iniciativas de la promoción de la salud en las políticas públicas que se han llevado a cabo a lo largo de los años en lo que respecta a este ámbito, es preciso clarificar antes qué significa ésta. Es por ello, que el siguiente apartado estará dedicado a hacer un repaso de las concepciones más destacadas de este término.

1.3.2. Construcción teórica de la promoción de salud. Conceptos fundamentales

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, el concepto de promoción de la salud surge del área de la salud pública y de la medicina social. De la necesidad de mejorar las condiciones de saneamiento ambiental y de la lucha de los movimientos ciudadanos por conseguir mejoras en sus condiciones de vida y trabajo. Sigerist (1945), fue el primero en utilizar el término, incluyendo la promoción de la salud entre las funciones de la medicina. Desde entonces, son muchas las definiciones que se han propuesto de promoción de la salud. A continuación, se revisan algunas de las más destacadas.

²⁰ Modelo Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano. Borrell et. al., 2012. Enmarcado dentro del Proyecto Ineq-Cities de investigación en desigualdades urbanas en salud.

Lalonde (1974) lo define como una estrategia "destinada a informar, influir y asistir tanto a las personas como a las organizaciones para que acepten más responsabilidad y sean más activas en asuntos que afectan la salud mental y física" (p.66). El Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos (1979), como una combinación de educación de la salud y programas relacionados de organización, políticos y económicos, diseñados para apoyar los cambios en la conducta y el entorno que mejorarán la salud. Green (1980), como cualquier combinación de educación de la salud e intervenciones relacionadas de organización, políticas y económicas diseñadas para facilitar los cambios de comportamiento y ambientales que mejorarán la salud. Para Perry y Jessor (1985), la promoción de salud corresponde a la instrumentación de esfuerzos para fomentar una mejor salud y bienestar en los cuatro ámbitos de la salud (física, social, psicológica y personal) (Rootman et al., 2007).

Pero sin duda, una de las más relevantes fue la que publicó la Organización Mundial de la Salud a través de un glosario²¹ de términos, quedando determinados, los aspectos conceptuales más significativos de la promoción de salud, que se define como un "proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla" (WHO, 1998b, p.1).

Cabe dirigirse a este documento porque ha constituido la piedra angular hasta nuestros días hacia el desarrollo de estrategias y acciones prácticas de salud desde su publicación. Constituyó una herramienta para conceptualizar la promoción de la salud, y al mismo tiempo, la base para un marco de entendimiento común. Se publicó con el propósito de aclarar el significado y la relación entre numerosos términos usados en publicaciones y otros documentos, cuyo uso no estaba generalizado por aquel entonces. Se pretendía implicar al mayor número posible de personas en el conocimiento y comprensión de las ideas y conceptos básicos para el desarrollo de acciones y estrategias de promoción de salud y prevención de la enfermedad (WHO, 1998b).

En dicho Glosario se recalcan las siete definiciones centrales, que han sido y siguen siendo clave para legitimar los principios de la promoción de la salud: Salud, Promoción de la Salud, Salud para Todos, Salud Pública, Atención Primaria de Salud, Prevención

²¹ Health Promotion Glossary. Sale a la luz por primera vez en 1986. Tras la Declaración de Yakarta, es revisado y actualizado, incluyéndose términos nuevos esenciales de esta Declaración y construyendo así, una nueva versión del Glosario en 1998, con 61 definiciones y referencias de referencias y términos de uso común en promoción de salud.

de la Enfermedad y Educación para la Salud. Estos conceptos se resumen en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1. Glosario de Promoción de la Salud. Lista de términos básicos. Elaboración propia.

Concepto	Definición
1. Salud (Health)	<p>La OMS (1948) define la salud como:</p> <p>“Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”</p> <p>En el contexto de promoción de la salud, el concepto de salud es considerado como el medio o recurso que permite al individuo llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Se traduce como un concepto positivo que resalta los recursos sociales, personales y aptitudes físicas para la vida diaria.</p>
2. Promoción de la Salud (Health promotion)	<p>“Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”</p> <p>No abarca únicamente las intervenciones dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades de las personas, sino también las acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas. Permite al individuo incrementar el control sobre los determinantes de la salud, y, en consecuencia, mejorarla.</p>
3. Salud para Todos (Health for all)	<p>“La consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva”</p> <p>Basada en una meta, la equidad en salud se describe en el glosario, como un importante referente para las estrategias sanitarias a seguir.</p>
4. Salud pública (Public health)	<p>“La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”</p> <p>Se entiende como un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de la población, mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y otras formas de intervención sanitaria. Teniendo en cuenta que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud de la población, es preciso el reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos políticos y programas de salud, en este contexto para proteger la salud de la población.</p>
5. Atención Primaria de Salud (Primary Health Care)	<p>“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables”</p> <p>La definición ha sido extraída de la Declaración de Alma-Ata (1978) y subraya que todo el mundo debe tener acceso a la atención primaria de salud y participar en ella. Debe estar basada en la equidad, la participación, la intersectorialidad, adecuación de la tecnología y de un coste permisible.</p> <p>Además, debe incluir la EpS sobre problemas de salud y la prevención y control de estos; promoción de suministros adecuados de alimentos y nutrición correcta, abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, asistencia sanitaria materno-infantil, inmunización, tratamiento de enfermedades comunes y suministro de medicamentos esenciales.</p>

<p>6. Prevención de la enfermedad (Disease prevention)</p>	<p>“La prevención de la enfermedad 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”</p> <p>En el documento se diferencia entre prevención primaria, prevención secundaria y terciaria. Cabe señalar, que la prevención de la enfermedad es diferente a la promoción de la salud, aunque, a veces, sea considerado como complementario. Así, la prevención considera a los individuos y a las poblaciones como expuestos a <i>factores de riesgo</i>, que suelen estar asociados con frecuencia a <i>comportamientos de riesgo</i>.</p>
<p>7. Educación para la salud (Health education)</p>	<p>“Oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar <i>la alfabetización sanitaria</i>, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de <i>habilidades personales</i> que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”</p> <p>Aborda además de la transmisión de información, la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.</p>

Fuente: WHO, 1998b

Analizando estos conceptos, se puede afirmar que todos ellos están interrelacionados entre sí. Es decir, no podría entenderse la pertinencia de la promoción de la salud, si antes no se ha comprendido el término de salud. Tampoco podría concebirse la Atención Primaria y la Salud Pública, sin entender la importancia de las intervenciones de promoción de salud y prevención de enfermedad que, a su vez, implica actuaciones promotoras en los comportamientos de riesgo. No es posible entender tampoco la promoción de la salud sin el concepto de Educación para la Salud, que es la mejor herramienta para lograrlo. Pero al final, todos estos conceptos acaban condensándose en uno clave, que es el de promoción de la salud.

Desde entonces, otros autores e instituciones han definido también este término. Goodstadt et. al. (1987) lo definen como el mantenimiento y mejoramiento de los niveles existentes de salud a través de la instrumentación de programas, servicios y políticas efectivas. Para Kar (1989) constituye el incremento en el bienestar y la prevención de los riesgos de salud para lograr niveles óptimos en los determinantes de la salud ambientales, sociales, de conducta y biomédicos. Y para O'Donnell (1989), es la ciencia y el arte de ayudar a la gente a escoger su estilo de vida para conducirla hacia un estado de salud óptima (Rootman et al., 2007).

La Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (WHO/OPS, 1990), se refiere a ello como una suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (Restrepo, 2001c). Labonté y Little (1992) se refieren a cualquier actividad o programa diseñado para mejorar las condiciones de vida social y ambiental de tal manera que aumente la experiencia de la gente acerca del bienestar (Rootman et al., 2007). Hancock (1994), creador del concepto de ciudades saludables, concibe la promoción de la salud como la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder. Habla del poder a dos niveles: el primero, referido a individuos y grupos para que sean capaces de tomar el control de sus vidas y su salud. Y el segundo, referido a la salud como parte vital de la agenda política (Restrepo, 2001c).

Más recientemente, desde el Ministerio de Educación y de Sanidad (2009), se define como un proceso que permite a las personas el desarrollo de las habilidades necesarias para aumentar el control sobre su salud mediante la adopción de estilos de vida saludables, incrementando y reforzando sus recursos personales mediante la ampliación de la información, la sensibilización, una percepción crítica sobre los condicionantes del entorno que afectan a la salud, la educación y el entrenamiento en habilidades para la vida (Salvador & Suelves, 2009).

Como vemos, la mayoría de las definiciones se centran en el individuo y en el ambiente. En este contexto, la noción de “empoderamiento” brota con fuerza en todas las definiciones. El objetivo fundamental es que el individuo sea capaz de tomar el control de su vida y de su salud. En este sentido, es preciso no perder de vista los determinantes de la salud que, de una manera o de otra, están presentes también en las definiciones; deben de ser revisados y es preciso buscar el control sobre ellos, tanto en la dimensión personal como en la comunitaria, a través de políticas públicas sanas y de apoyos educativos. Ésta es precisamente la esencia de la promoción de la salud.

1.3.3. La Promoción de la salud como objetivo sanitario y estrategia internacional

Han sido muchos los encuentros que han ido revalidando el cambio de paradigma en lo que se refiere a la concepción de salud, instaurando la promoción de la salud como eje

vertebrador. Según González (2006), el nuevo modelo de salud y los determinantes de ésta, han sido los elementos clave para la OMS en las orientaciones que han facilitado las decisiones a los gobiernos, para llevar a cabo políticas saludables que garanticen el estado de bienestar y erradicar las desigualdades de salud.

Uno de los primeros documentos en que quedó reflejado el creciente interés por la promoción de salud, fue en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978)²², donde queda fortalecida la salud. Surge así una Declaración en la que se expresa la necesidad de que todos los gobiernos, así como los profesionales sanitarios, y la comunidad mundial en general, se impliquen en promover y proteger la salud para todas las personas, a través de la Atención Primaria como enclave estratégico. La promoción de la salud se convierte, desde entonces, en uno de los aspectos más importantes como objetivo sanitario hasta la actualidad con el lema «Salud en Todas las Políticas».

Se podría afirmar pues, que la Declaración de Alma-Ata, constituyó el pilar de las intervenciones políticas promotoras de salud. Entre sus principios básicos, se subraya la Promoción y la Protección de la salud como elemento esencial para mantener el desarrollo económico y social, y por su contribución a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo. Y entre las principales actividades que debe llevar a cabo la Atención Primaria para conseguirlo, se subraya, entre otros, la educación para la salud, acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos (WHO, 1978).

Estos principios fueron concretados más tarde en objetivos, que se han ido perfilando en las progresivas Conferencias de Ottawa (1986) y Adelaida (1988), Sundsvall (1991), y sucesivas en Río de Janeiro (1992), Yakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) y Helsinki (2013). Con objeto de llegar a una mejor comprensión de los aspectos que han determinado la promoción de la salud tal y como se conoce hoy, es indispensable hacer un breve recorrido por dichos documentos.

²² International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12. September 1978.

La más conocida y también la Primera Conferencia internacional para la Promoción de la Salud tuvo lugar en Ottawa en 1986²³. En ella surge la conocida Carta de Ottawa²⁴, donde se ratifican importantes estrategias promotoras de salud, cuya esencia perdura en la actualidad. El documento estaba dirigido a la consecución del lema y objetivo principal «Salud para Todos en el año 2000». Fue considerado como el documento más significativo para el marco de la promoción de la salud. Constituyó “la respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo” (Guerrero & León, 2008, p. 629). Se establecen las condiciones y requisitos básicos para la salud en los que debe basarse cualquier intervención. Estos son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (WHO, 1986). Dichos aspectos ponen de manifiesto la indiscutible correlación existente entre la salud y las condiciones de vida de las personas, tanto a nivel social como económico, y el contexto en que se desarrollan. De este modo, se enfatiza en la promoción y la protección de la salud como aspectos indispensables para el desarrollo económico y social mantenido, así como por su contribución en la mejora de la calidad de vida de las personas y en el logro de la paz mundial. Se matiza que las personas tienen el derecho, pero también el deber, de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (Guerrero & León, 2008).

Otro de los aspectos clave que cabe destacar de dicho documento, y, sobre todo, porque constituye uno de los ejes de esta tesis, es la referencia a la educación para la salud como herramienta indispensable para el desarrollo de las aptitudes personales, para que los individuos ejerzan un mayor control sobre su propia salud (WHO, 1986). Así, la EpS constituirá a partir de entonces, una vía indefectible para la consecución de objetivos de salud.

A modo de resumen, recogido de la Carta de Ottawa (1986), la participación activa en promoción de la salud implica:

- Elaboración de una política pública sana, en que la salud sea parte prioritaria de los responsables de los programas políticos.

²³ First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 21 November 1986.

²⁴ The Ottawa Charter for Health Promotion.

- Creación de ambientes favorables para la salud, donde se pone de manifiesto la importancia de preservar los recursos naturales en el mantenimiento de la misma.
- Reforzamiento de la acción comunitaria participando en la toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.
- Desarrollo de las aptitudes personales, a través de la educación para la salud que es indispensable para el desarrollo personal y social, e incremento de las opciones disponibles para que los individuos ejerzan un mayor control sobre su propia salud.
- Reorientación de los servicios sanitarios, pasando de la conceptualización hospitalcentrista, a la promotora de salud, basada en la participación de los diferentes grupos implicados, estableciendo vías de comunicación entre el sector sanitario y otros sectores sociales, políticos y económicos.

Este documento marcó una base en el desarrollo dinámico de la promoción de la salud a través de las cinco estrategias descritas, de tal modo que los encuentros posteriores, irían enfocados hacia la consecución de éstas.

Siguiendo en la misma línea de conseguir la «Salud para Todos», la construcción de una política pública saludable fue el fondo de la Segunda Conferencia internacional en Adelaida (1988)²⁵. Se plantea como objetivo principal, que los gobiernos incluyan la salud como componente esencial en la formulación de políticas. Dado que, en la salud, también influyen las desigualdades en las condiciones de vida económica y social, en esta Conferencia se remarca la necesidad de una nueva forma de liderazgo político que favorezca el desarrollo humano basado en la equidad y justicia social. Una nueva política, en que todos los sectores del gobierno, esto es, industria, agricultura, comercio y educación, entre otros, tengan en cuenta la salud como inversión social, y esté garantizado el acceso a los recursos esenciales para una vida sana y satisfactoria. En esta línea, se identifican cuatro áreas prioritarias de acción: la protección de la salud de la mujer, la eliminación del hambre y malnutrición, reducción del consumo de tabaco y

²⁵ Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988.

alcohol, y, por último, creación de condiciones ambientales y entornos de vida y laborales adecuados (WHO, 1988).

En la Tercera Conferencia internacional (1991)²⁶, que tuvo lugar en Sundsvall, el tema principal, fue precisamente, la creación de ambientes favorables para la salud, refiriéndose con este término, a los aspectos físicos y sociales de nuestro entorno. Basándose en las injusticias existentes entre países ricos y pobres (conflictos armados, falta de recursos y de acceso a la atención sanitaria, explotación de personas, entre otros), la Declaración Sundsvall hace un llamamiento a la justicia social, haciendo necesario el desarrollo de iniciativas en todos los sectores, que contribuyan a la creación de medios favorables, y que sean aplicadas por las personas en las comunidades, y por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en todo el mundo. El Documento subrayaba que un ambiente propicio, permite a las personas ampliar sus capacidades y desarrollar su autonomía, por lo que es inexcusable la acción social y política para la preservación de un ambiente sostenible y favorable a la salud, y lograr así la meta común de la Salud para Todos. La Conferencia identificó cuatro estrategias fundamentales de acción: fortalecer la defensa de la salud mediante la acción comunitaria, y en particular a través de grupos organizados por mujeres; permitir a las colectividades y las personas que ejerzan el control de su salud y su medio ambiente educándoles y confiriéndoles poder; establecer alianzas en favor de la salud y los ambientes favorables a fin de fortalecer la cooperación entre las campañas sanitarias y medioambientales; y mediar entre los intereses conflictivos de la sociedad para asegurar un acceso equitativo a ambientes favorables a la salud (WHO, 1991).

Más tarde, en la IV Conferencia internacional de Promoción de la Salud (1997)²⁷, con el lema «Nuevos actores para una Nueva Era: Liderando la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI», se aprueba la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Fue considerada como la segunda gran Conferencia Internacional sobre promoción de salud después de la de Ottawa (Tobón & García, 2004). En este documento, se insiste en la pertinencia y significado de la promoción de la salud, como un elemento esencial del desarrollo de las personas también para este siglo XXI, y confirma la importancia de seguir las estrategias de la Carta de Ottawa (1986). Según

²⁶ Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991.

²⁷ The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta, Indonesia 21-25 July 1997.

Martínez (2013), a través de este documento se evaluó la repercusión hasta el momento de esta Carta. Los resultados sirvieron para renovar el compromiso de promoción de la salud, refinando los enfoques para asegurar la conveniencia de la misma (WHO, 2016d).

Esta conferencia, coincide con la 51ª Asamblea Mundial (1998), donde la OMS aprueba la política «Salud para Todos en el Siglo XXI» (en la región europea denominada «Salud21»), con objeto de fortalecer la determinación de los elementos definidos en Alma-Ata (1978), y cuyo objetivo principal es lograr que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. Sus metas principales siguen siendo la promoción y la protección de la salud a lo largo de la vida, haciendo un llamamiento a todos los pueblos e instituciones a que desplieguen un esfuerzo común para llevarlo a efecto (WHO, 1998a). Da un paso más sobre la Carta de Ottawa, al recomendar la alfabetización sanitaria de la población, ofreciendo a todos educación e información, no sólo de los factores de riesgo, sino de las posibilidades de mejorar su calidad de vida y, de esta forma, poder participar en la toma de decisiones; asimismo reafirma la importancia de la educación y participación de todos, en la tarea de transformación de los escenarios para llevar a cabo la promoción de la salud (Gavidia, 2001). En este sentido, se fortalece la idea de que los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces, priorizando aspectos tales, como promover la responsabilidad social, incrementar inversiones e infraestructuras para el desarrollo de salud, consolidar alianzas en pro de la salud e incrementar la educación y la participación de las personas, esto es, empoderar al individuo en la tarea de transformación de los escenarios para llevar a cabo la promoción de la salud (WHO, 1997b).

Estos aspectos fueron retomados en la Quinta conferencia internacional, celebrada en México (2000)²⁸. Con el lema «Promoción de salud, hacia una mayor equidad», en este documento se avanza en el desarrollo de las cinco prioridades mencionadas para la promoción de la salud en el siglo XXI. Los objetivos iban encaminados a: reafirmar la pertinencia de la promoción de la salud en la calidad de vida de las personas, especialmente las que viven en condiciones más desfavorables; fortalecer las inversiones en favor de la salud. Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud; fomentar la capacidad de las comunidades y el empoderamiento del individuo, los vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes sectores en

²⁸ The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap, Mexico City, 5-9 June 2000.

todos los niveles de la sociedad; y enfatizar en los factores determinantes de la salud y hacia una mayor equidad (WHO, 2000).

En Bangkok, 2005; Nairobi, 2009, y Helsinki, 2013, se vuelve a reafirmar los principios fundamentales de la promoción de la salud. Y de esta manera, podríamos seguir enumerando todos los preceptos de cada uno de los documentos, pero lo cierto es que todos ellos han coincidido y perseguido un objetivo común: la promoción de la salud para la sostenibilidad y desarrollo adecuado de las personas. Haciendo un análisis global de estos documentos, se observa que han pretendido forjar la promoción de la salud como una responsabilidad primordial mundial para el progreso del individuo. Han suscitado un marco de acción, dirigido, por un lado, a la colectividad, a través del impulso de políticas y ambientes saludables, promoviendo la responsabilidad social en la toma de decisiones de salud. Y, por otro lado, centrado en el individuo, buscando el desarrollo de aptitudes personales para modificar aquellos estilos de vida no saludables, a través de la educación para la salud.

En lo que se refiere a la intervención política, vemos que en Ottawa (1986), Adelaida (1988) y Helsinki (2013), se trataron específicamente aspectos sobre políticas saludables. Precisamente en Helsinki (2013)²⁹, la más reciente de las conferencias internacionales para promoción de la salud, se consagran las medidas intersectoriales y las políticas de salud pública, como elementos centrales para la promoción de la salud, además de la consecución de la equidad sanitaria y la cimentación del derecho a la salud. En dicho documento, con el lema «Salud en Todas las Políticas», se establece que ésta viene determinada, en gran medida, por factores externos al ámbito sanitario, por lo que es indispensable una política sanitaria eficaz, que atienda a todos los ámbitos políticos, especialmente: políticas social y regional, fiscalidad, medio ambiente, educación e investigación (WHO, 2014).

Los objetivos de la Conferencia fueron: abordar las barreras y crear capacidad para la implementación de la Salud en todas las políticas; identificar oportunidades para poner en práctica las recomendaciones sobre determinantes sociales de la salud a través de la acción política; facilitar el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas y dar orientación sobre mecanismos eficaces para la promoción de la acción intersectorial;

²⁹ The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, Finland, 10–14 June 2013.

abordar la contribución de la promoción de la salud en la renovación y la reforma de la atención primaria de salud; y revisar el progreso, el impacto y los logros de promoción de la salud desde la Conferencia de Ottawa (WHO, 2013a).

Como se observa, la creación de una política pública sana es un tema de gran relevancia en todas las Conferencias, subrayando la necesidad de una mayor colaboración y coherencia entre los gobiernos, organismos institucionales y ciudadanos, en la consecución de la equidad sanitaria y justicia social. Se trata de generar políticas sanas, equitativas, e igualitarias en salud en todos los ámbitos, ya que las desigualdades en las condiciones de vida económica y social, así como ambiental, también influyen en la salud de las personas.

Atendiendo a la importancia que tienen los estilos de vida en la salud de la población, cabe destacar la importancia que ha ido adquiriendo la educación para la salud en los documentos descritos a lo largo de estos años. Se insiste especialmente, en la necesidad de promover la responsabilidad colectiva e individual, y capacitar a las personas para que aumenten el control de su salud, así como del medio ambiente, educándoles y confiriéndoles poder. Esto es precisamente la base del conocido y mencionado término «empoderamiento», que cada vez ha ido adquiriendo mayor protagonismo. Vale la pena volver a referirse a ello para entender hacia dónde ha ido avanzando y continúa progresando la promoción de la salud.

Nutbeam³⁰ (1998) lo define como “un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades” (WHO, 1998b, p.16). Esto es, el proceso a través del cual las personas ganan un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud. Establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. Con el empoderamiento individual, se refiere a la habilidad de las personas para tomar decisiones y tener control sobre su vida. El empoderamiento comunitario,

³⁰ Definición extraída del Glosario de Promoción de la Salud (1998). Don Nutbeam confeccionó el Glosario en nombre de la Organización Mundial de la Salud.

supone que los individuos actúen colectivamente para lograr el control sobre los determinantes de salud y la calidad de vida de la comunidad (Rodríguez, 2009).

En definitiva, a través de estas conferencias la OMS busca desarrollar e impulsar estrategias y compromisos para abordar los factores determinantes de la salud, haciendo uso de la promoción de salud para alcanzar el máximo nivel de bienestar desde el enfoque de “Salud en Todas las Políticas”. Al depender la promoción de la salud de la participación efectiva de la población, la educación para la salud se convierte en herramienta indispensable para proporcionar a las personas la posibilidad de que adquieran destrezas y autonomía en el control de su salud.

En este sentido, la educación para la salud, entendida como “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria” (WHO, 1998b, p.4), se hace imprescindible para que los individuos y la comunidad en general puedan participar en cooperación con los gobiernos, y emprender acciones, dirigidas, por un lado, a mejorar las condiciones sociales, económicas y medioambientales, y por otro lado, abarcar acciones que fortalezcan aptitudes y estilos de vida saludables.

Tal y como se ha venido argumentando a lo largo de esta tesis, desde un contexto político favorecedor y facilitador, las personas deben de ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones. Para que el proceso de empoderamiento sea efectivo, la participación de las personas es esencial. La alfabetización sanitaria fomenta la participación, y en este sentido, el acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva. La participación activa en la promoción de la salud implica desarrollo de las aptitudes personales, a través de la educación sanitaria, que es indispensable para el desarrollo personal y social, incrementando así las opciones disponibles para que los individuos ejerzan un mayor control sobre su propia salud (WHO, 1998b).

La educación para la salud, en la que profundizaremos en el siguiente apartado, se convierte pues, en la herramienta clave de la promoción de la salud.

1.4. El concepto de educación y su relación con la salud

Tener capacidad para responsabilizarse de la salud significa tener la seguridad suficiente para tomar decisiones autónomas adecuadas en relación con la propia salud; significa también tener los conocimientos y las habilidades necesarias, para poder participar en la toma de decisiones de medidas colectivas a favor de la salud sostenible dentro de la familia, y para abogar a favor de los grupos locales y las organizaciones comunitarias. Para poder llevar a cabo este proceso y tomar la mejor opción en salud, es preciso tener acceso a la información oportuna, acertada y actualizada, y ser capaz de utilizarla, convirtiéndola en conocimiento. En este sentido, la educación se erige como un excelente instrumento para conseguirlo (Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura [UNESCO], 1997).

El aprendizaje sobre la salud es un proceso continuo a lo largo de toda la vida que puede llevarse a cabo de varias maneras. La educación más eficaz consiste en ayudar a las personas a tomar decisiones con seguridad y a ampliar su campo de opciones. Pero ¿cómo se define realmente la educación? ¿Qué se entiende por este vocablo? Dado que de la salud y su significado ya se ha aludido en apartados anteriores, considero necesario profundizar también en el término de educación para poder llegar a un mayor sentido de la expresión que fusiona ambos conceptos, así como de la función del profesional promotor de salud, del que hablaremos más adelante.

Existe cierta dificultad en delimitar con precisión el significado del término. García (1987) recuerda esta circunstancia mencionando el hecho de que la educación no se refiere a una sola actividad, sino al conjunto diverso de ellas, por lo que su comprensión es compleja (Luengo, 2004). Para Sarramona (1997) se da como denominador común la idea de perfeccionamiento, vinculada a una visión ideal del hombre y la sociedad. La educación aparece precisamente como posibilitadora de los ideales humanos. Para Perea (2000) la educación hace referencia al individuo en su totalidad, de forma holística, considerando también su contexto social, de aquí la suma complejidad al pretender una conceptualización de dicho término. Por este motivo, el vocablo y sus matices han sido estudiado desde diferentes perspectivas.

Etimológicamente, «educar» proviene fonética y morfológicamente del latín *educare* (conducir, guiar, orientar). Se vincula por tanto desde esta perspectiva con las

influencias educativas o acciones que desde el exterior se llevan a cabo para formar o instruir al individuo, refiriéndose a las relaciones que se establecen con el ambiente que son capaces de potenciar las posibilidades educativas del sujeto. Pretende la inserción del individuo en la sociedad mediante la transmisión de contenidos culturales. Analizando el término desde el punto de vista semántico, recoge el sentido del término latino *educere* (hacer salir, extraer, dar a luz). Desde esta posición, la educación se entiende como el desarrollo de las potencialidades del individuo basado en la capacidad que tiene para desarrollarse. Desde este enfoque, se plantea la configuración de un sujeto único e individual, más que socializado (Isla, Caja, & López, 1993; Luengo, 2004).

Actualmente, individualización (*educare*) y socialización (*educere*) tienden a la complementariedad, entendiéndose la “educación” como el conjunto de influencias externas que permiten el desarrollo de las potencialidades internas del sujeto. Castillejo (1994) entiende la educación como un proceso interactivo en el que intervienen el sujeto con capacidad personal para desarrollarse y las influencias que provienen del medio, apoyando así la idea interaccionista, ya que se adecúa mejor a las características de la persona (Luengo, 2004).

Sarramona (1997) hace un análisis exhaustivo sobre las diversas posturas que han sido utilizadas para fundamentar los procesos educativos, revisando autores clásicos como Platón, Aristóteles, y algunos más recientes, pasando por Dante, Willmann, Kant, Cohn y Durkheim. En dicho estudio subraya que la educación ha sido concebida como: idea de perfeccionamiento y realización máxima de sus posibilidades; como medio de estructuración de la persona y alcance de un orden ético; como medio imprescindible para que el individuo se realice en su plenitud y alcance su fin último; como acción humana, esto es, como el conjunto de influencias de unos sujetos a otros, tratándose de un fenómeno social; como acción planeada, intencionada y sistematizada, aunque también se admite que puedan existir acciones educativas no intencionales; como referencia a las características específicamente humanas, ocupándose de las acciones superiores del ser humano, pero sin ser ajena a las restantes; como un concepto de ayuda o auxilio en que la educación es la única posibilidad de realización del ser humano, y para alcanzar sus metas requiere la cooperación voluntaria del propio sujeto; como proceso de individualización, puesto que la educación acontece en un sujeto y puede ser contemplada como un medio de realización individual; y como proceso de

socialización, suponiendo ésta la incorporación del individuo a la sociedad, no hay educación sin sociedad.

Se han esgrimido multitud de matices para fundamentar el término de educación. Ésta es tan solo una clasificación de las ingentes reflexiones acerca del concepto de educación, por lo que es de una alta complejidad poder llegar a una definición última. Coincido con Sarramona (1997) en que lo que parece más razonable y de mayor interés como estrategia pedagógica para alcanzar un significado real del vocablo, es el abordaje de las principales características extraídas de las distintas definiciones.

Desde esta perspectiva, haciendo análisis conjunto de las dimensiones que integran los términos salud (véase apartado 1.2.) y educación, destacando entre ellas las características que están relacionadas entre sí, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- *Eje central: la persona.* Primeramente, vemos que tanto la salud como la educación, tienen como eje central a la persona, por lo que no es difícil unificar los dos términos en este aspecto, presentando por redundante que parezca al individuo como motor de ambos vocablos y, por tanto, de la expresión educación para la salud. Tanto la salud como la educación entienden a la persona desde un punto de vista holístico, dotada de todas sus cualidades y dimensiones. Por eso, la educación se dirige hacia el perfeccionamiento integral de la persona, no debiéndose descuidar ninguna de sus capacidades integrantes (cognitivas, morales, afectivas, éticas, sociales, entre otras), y la salud hacia el mantenimiento y mejora de la misma en todas las dimensiones, física, biológica, socioambiental (Isla, 2004; Luengo, 2004).
- *Proceso dinámico, permanente, continuo.* Tanto el término de salud como de educación se entienden desde una perspectiva inacabada. Según Luengo (2004) la educación constituye el proceso en el cual está inmerso un sujeto que no ha llegado a la situación definitiva de perfección. El ser humano nace inacabado y la educación, entendida como proceso pretende modificarlo para completarlo y optimizarlo, tratando de hacer una mejor persona en un permanente proceso de perfeccionamiento. Se debe buscar la mejora del sujeto de forma incesante, porque nunca se alcanza el grado de perfección deseado, como también es utópico alcanzar el grado de salud óptimo y completo. Tanto el

término educación como el de salud, comprenden un proceso continuo, permanente y dinámico. La educación, como la salud, abarcan y están presentes en todas las etapas de la vida.

- *Socialización.* La educación implica relación social, influencia humana entre unos y otros, teniendo en cuenta unos requisitos tales como el respeto a la libertad y a la dignidad de la persona. La educación se concibe como un proceso socializador, que procura la adaptación y la incorporación del sujeto a su medio físico y social a través de la adquisición de los elementos propios de la cultura (lenguaje, habilidades, costumbres, actitudes, normas, valores, entre otros) (Luengo, 2004). Por su parte, la salud no olvida la dimensión social, especialmente en las concepciones más recientes del término, en que se menciona aspectos como la justicia social, la solidaridad para la mejora de la calidad de vida, la realización de actividades compartidas, participación activa en la vida social de la comunidad. En definitiva, que las personas puedan aspirar al máximo grado de salud en coherencia con una vida social productiva. Así, esta característica se contempla en los dos términos de forma explícita, permitiendo que éstos se emparenten en uno solo.
- *Contexto.* Tanto la salud como la educación reflejan la importancia que el contexto y el medio tiene para la persona. Los dos términos están vinculados a aspectos contextuales en los que se desarrolla la persona, pudiendo influir éstos en su salud y aprendizaje. Tanto desde una perspectiva como de otra, se trata de maximizar el potencial del que el individuo es capaz en el entorno donde se desarrolla. Ambos conceptos abarcan esta dimensión de equilibrio entre individuo y medio.
- *Comportamiento e intencionalidad.* En la conceptualización de la salud, encaja sin duda un punto de vista comportamental, esto es, el mantenimiento y la mejora de la salud no solo obedece al componente físico y mental, sino que puede ser modificado por las conductas intencionadas de la persona, siendo ésta, protagonista y responsable de su salud. Asimismo, en el proceso de aprendizaje estas características están presentes, ya que cada persona ha de comprometerse con su propia formación. Ha de querer aprender de forma independiente y autónoma en contextos cambiantes. Ha de querer ser

competente para evaluar y tomar decisiones sobre qué, cuándo y cómo necesita aprender (García, 2009). En este orden, tal y como Luengo (2004) afirma, existe un grado de conciencia y de voluntariedad que manifiesta tanto el agente educador como el educando, cuando se produce interacciones entre ellos. Y paradójicamente, las personas requieren del aprendizaje eficiente de las relaciones humanas para comportarse adecuadamente en la vida (Sarramona, 1997).

En definitiva, extrayendo estas premisas comunes de la conceptualización de salud y de educación se podría determinar que la educación para la salud conlleva un proceso de enseñanza-aprendizaje que requiere de una participación activa por parte de la persona en su globalidad, convirtiéndose en protagonista de su salud, teniendo en cuenta el contexto en donde se desarrolla. En el siguiente apartado se lleva a cabo un análisis de la conceptualización que han referido hasta el momento destacados autores y organismos sobre la educación para la salud.

1.5. La Educación para la Salud como instrumento de salud pública

La educación en salud se establece categóricamente hacia los años veinte como una de las actividades principales de la acción sanitaria. Winslow fue uno de los precursores al incluirla en su definición de salud pública, y entenderla como una actividad imprescindible para promover y proteger la salud de la comunidad (Salleras, 1990).

Más tarde, como se ha expuesto en apartados anteriores, esto queda fortalecido y respaldado por la OMS en la Declaración de Alma Ata (1978), en la carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) y subsiguientes documentos. De hecho, tal y como Salleras (1990) advertía, en el preámbulo de la Constitución de la OMS la educación sanitaria ya figuraba implícitamente: “la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud” (WHO, 1946, p.1). En 1969, este mismo organismo proponía la siguiente definición para el término:

La educación sanitaria representa esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para conseguir modificar sus comportamientos. De una manera general, la educación sanitaria pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de vida sana, que aprendan a usar mejor los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén capacitados para tomar, individual y colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven” (Isla, Caja, & López, 1993, p.187; Salleras 1990, p.56).

Esta definición ha sido muy criticada precisamente por la expresión “acción ejercida”, ya que se entiende como limitación del nivel de autonomía del educando y, por consiguiente, carente de eficacia, puesto que cualquier objetivo de enseñanza-aprendizaje que se quiera alcanzar sin respetar la autonomía debida, será poco duradero e ineficaz, al no integrarse en la personalidad del educando (Perea, 2000).

Lo cierto es que esta locución ha sufrido numerosos cambios a lo largo del tiempo y ha ido evolucionando a la vez que también lo ha hecho por separado el concepto de salud y el de educación (no olvidarse de las perspectivas de *educare* y *educere*). Así, a medida que la promoción de la salud ha ido adquiriendo importancia, la educación sanitaria también se ha ido transformando dando paso a la Educación para la Salud.

Si bien es cierto que ambos términos han sido utilizados en la literatura científica indistintamente, conviene aquí mencionar nuevamente a Salleras (1990), quien apunta ciertas discrepancias de enfoque y distingue dos grandes etapas en la evolución del concepto y su contenido. Un primer período, al que denomina “clásico” —abarca desde principios del siglo XX hasta mediados de la década de los setenta—. Afirma que en el concepto de educación sanitaria únicamente se incluían las acciones educativas dirigidas al individuo. El objetivo primordial y único eran las conductas relacionadas con el fomento y protección de la salud. Se trataba de modificar conductas a través de actividades persuasivas dirigidas al individuo, al que se responsabilizaba de su propia salud. Y un segundo período denominado «actual» —tiene lugar a mediados de los setenta—. Dado que está demostrado que las conductas humanas no dependen únicamente de factores internos del individuo, sino que también depende de factores ambientales y sociales, la modificación de éstos pasa a ser objetivo también de la educación en salud. Así, además de incidir en el individuo, la educación debe promover

también los cambios ambientales y sociales necesarios para que la modificación de conducta pueda llevarse a cabo y mantenerse en el tiempo. Desde este enfoque, uno de los objetivos fundamentales a partir de ese momento, es la capacitación de los individuos para participar activamente a través de los representantes elegidos democráticamente, en la planificación, administración y evaluación de acciones promotoras de salud que se lleven a cabo en su comunidad.

Una de las primeras definiciones válidas la formuló Wood (1926) aludiendo a la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad. Derryberry (1943) lo entiende como un proceso de aprendizaje encaminado a modificar de manera favorable actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de la población. Y para Gilbert (1959), consiste en instruir a las gentes en materia de higiene, de tal forma que se apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su salud (Salleras, 1990).

Acercándonos más al período «actual», en 1970 Seppilli lo define como “un proceso de comunicación interpersonal dirigido a facilitar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a los individuos y grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen directos o indirectos sobre la salud física, psíquica o social de los individuos y de la colectividad” (citado en Jáuregui, 2008, p.3). Para Green (1976) se entiende como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud (Perea, 2000).

En 1983, la OMS vuelve a redefinir el término en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud³¹, esta vez con mayor consenso respecto de la anterior tan criticada como: “el conjunto de actividades de información y educación que estimulan a las personas a querer disfrutar de buena salud, saber cómo alcanzar dicho objetivo, hacer todo lo posible, individual y colectivamente, para conservar la salud y recurrir a una ayuda en caso necesario” (citado en Perea, 2000, p.27).

Para Salleras (1990) la definición formulada por el «Grupo de Trabajo de la National Conference on Preventive Medicine» en 1975 es la más comprensiva y completa:

³¹ 36ª Asamblea Mundial de la Salud: resoluciones y decisiones: Anexos, Ginebra, Suiza, 2-16 mayo 1983.

“proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos”. (citado en Perea, 2004, p.18). Dicha definición implica una serie de actividades conducentes a informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia salud, incluyendo el uso más eficaz de los servicios de asistencia médica; motivar y capacitar a la población a cambiar adoptar prácticas y hábitos de vida saludables; propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida y conducta saludables; promover formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad; incrementar mediante la investigación y la evaluación los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos de salud (Salleras, 1990).

El término también ha sido concretado en el Glosario de Promoción de la Salud (1998) de la siguiente manera:

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 (WHO, 1998a, p.4).

Por último, cabe destacar la definición que hace en su último Informe de 2011 el Comité sobre Terminología de Educación y Promoción de la Salud de EE. UU, donde la educación en salud está consolidada como profesión independiente: “cualquier combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, utilizando prácticas basadas en la evidencia y/o conocidas teorías, que proporcionan la oportunidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para adoptar y mantener comportamientos saludables” (“Report of the 2011 Joint Committee”, p.12).

Como vemos, existen numerosas definiciones y posicionamientos sobre esta expresión en su conjunto, que evidentemente también han venido marcadas por los períodos «clásico y actual» mencionados por Salleras (1990). Así, se puede comprobar que las definiciones más recientes incluyen además de la acción sobre los individuos y colectividad, la actuación sobre los factores externos para hacerlos favorables a la

conducta positiva de salud. Tal y como Perea (2000) afirma, los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un determinado contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan. Resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si no se promueven los cambios ambientales adecuados al mismo tiempo. Esta autora entiende la educación para la salud como:

Un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí 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, 2004, p.17).

Con toda probabilidad esta sea la definición que mejor encaja en el contexto de esta tesis. Dicha definición contempla el proceso de aprendizaje desde las edades más tempranas, teniendo en cuenta que el individuo está en proceso de desarrollo durante toda la vida. Pero sea cual sea la definición o el momento en que se da, lo cierto es que en todas las conceptualizaciones analizadas la educación para la salud es parte esencial de la promoción de la salud, cuyo objetivo cardinal es: el proceso de enseñanza-aprendizaje hacia una conducta saludable, bien para mantenerla o bien para motivar el cambio de comportamiento; esto es, para modificar conocimientos, actitudes y habilidades hacia una salud positiva. Lo podemos encontrar en todas las definiciones, ya sea de forma implícita o explícita.

Navarro y Bimbela (2005) coinciden en este punto al afirmar que la educación para la salud se centra en potenciar y promover actitudes, valores, habilidades y comportamientos saludables, que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de las personas en todos los ámbitos. La persona es responsable de su propia salud. Puede autoayudarse a elevar su nivel de salud y está potencialmente en disposición de eliminar los riesgos de la enfermedad. Disfrutar de una mayor salud depende del estilo de vida que adopta nuestra conducta personal, siempre modificable si uno se lo propone. Pero, para afrontar los numerosos problemas sanitarios de orden colectivo y ambiental planteados, es preciso emprender una tarea colectiva que solo será posible si se eleva

el grado de responsabilidad de los ciudadanos hacia dichos problemas, que se derivan del estilo de sociedad que adoptemos. Y todo esto es posible si se ofrece una educación (Gallego & Fortuny, 1988).

Así, al hablar de educación para la salud, se debe tener claro que no consiste únicamente en la transferencia de información, sino que lo que pretende también es motivar actitudes positivas de salud y fomentar el desarrollo de habilidades personales necesarias para mantener o mejorar la salud del individuo y su comunidad. Este cambio debe de ser reflexivo y hacerse de forma consciente y voluntaria a través del aprendizaje. Pero, no se puede esperar la obtención de resultados positivos y el cambio de conducta a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje de forma aislada, sin tener en cuenta otras formas de actuación de salud pública. En este sentido, la educación para la salud también supone el impulso de habilidades que acompañen y ayuden en las decisiones políticas dirigidas al logro de cambios sociales, económicos y ambientales necesarios para favorecer la salud no solo del individuo, sino también de la colectividad. Los objetivos de la educación para la salud van más allá de los cambios en el conocimiento individual, actitudes y habilidades, centrándose también en el apoyo social, y el control sobre la toma de decisiones y los recursos del individuo y comunidad a nivel político.

En definitiva, el cuidado de la salud está directamente relacionado con tres estrategias de intervención: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación o restauración de ésta. De las tres estrategias, la promoción de la salud es la perspectiva donde se enmarca la educación para la salud, siendo ésta el referente fundamental que guía todas las acciones encaminadas a facilitar una vida saludable. Los procedimientos relacionados con la salud están determinados por factores socioculturales, psicológicos, biológicos y ambientales que orientan la educación para la salud hacia un enfoque integrador, admitiendo todas las aportaciones y colaboraciones surgidas de las diferentes disciplinas que ocurren en el campo de la sanidad y de la educación (Cubero, Calderón, Costillo, & Ruiz, 2011, p. 53). Así pues, la educación para la salud es ineludible para que los individuos y la comunidad en general logren participar, en cooperación con los gobiernos, y emprender acciones dirigidas a la transformación de los determinantes de la salud. Por un lado, abarcando las condiciones sociales, económicas y medioambientales, y por otro lado abarcando acciones que fortalezcan aptitudes y estilos de vida saludables.

CAPÍTULO 2. LA ESCUELA COMO ESCENARIO DE SALUD

Este segundo capítulo se ha enfocado hacia la Escuela como escenario de salud, tratando la importancia de la promoción de la salud, así como la necesidad estratégica de educación para la salud en dicho entorno.

Se lleva a cabo una revisión de las estrategias de implementación de educación para la salud en Europa, España y Cataluña; estudiando los avances conseguidos y las necesidades y retos que quedan por conseguir en promoción y educación. Asimismo, se realiza una revisión de las principales leyes educativas de nuestro país, así como del currículo escolar de Cataluña, tratando de analizar la manera en la que se integran las competencias y contenidos de salud en los planes de estudio.

2.1. La escuela: entorno idóneo para la promoción de salud

El entorno ha ido adquiriendo gran relevancia en la salud y promoción de la salud a medida que también ha ido evolucionando la forma de entenderse ésta. Parece claro que la salud se erige cuando la persona es capaz de tomar decisiones responsables y positivas por sí misma, ejerciendo el control sobre las circunstancias de su propia vida (WHO, 1997c), pero no se puede obviar el contexto en que está sumergida. Al fin y al cabo, tal y como afirma Sarría & Cruz (2014, p.88), el individuo crea y vive la salud en el ámbito de su vida diaria; donde aprende, trabaja, juega y ama. Es ahí donde se genera la salud.

Tomando como referencia las afirmaciones de Powell y Col. (1991), la operativización de la promoción de la salud se realiza en tres dimensiones que esquemáticamente se representan por la figura de un cubo: por un lado, están los escenarios, ambientes o *settings*. Por otro lado, están las estrategias principales. Y en la tercera dimensión, están los grupos “blanco o diana” de población. La dimensión poblacional junto con la espacial, son las que determinan los escenarios prioritarios para desplegar las acciones con mayor probabilidad de producir impacto en la salud de la comunidad, siendo preferible seleccionar aquellos que “brinden un mayor potencial de masificar intervenciones positivas al bienestar y que ofrezcan las mayores garantías para crear procesos participativos, donde la gente adquiera cada vez mayor capacidad de actuar para solucionar sus problemas” (Restrepo, 2001a).

En realidad, el abordaje de los ambientes y entornos para la promoción de la salud surge ya de la Carta de Ottawa (1986) y de la necesidad de desarrollar iniciativas e intervenciones que se basen en el entendimiento de esta promoción como el proceso de crear salud (Sarría & Cruz, 2014, p.88). Precisamente, uno de los pilares de la referida Carta de Ottawa estriba en la creación y mantenimiento de entornos y ambientes seguros y saludables, donde se pueda vivir y hacer realidad las premisas de salud. En esta línea, en los sucesivos encuentros internacionales, Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), entre otros, también se remarca la creación de condiciones ambientales y entornos de vida adecuados como prioridad de actuación en salud, refiriéndose tanto a los aspectos físicos, como sociales de dichos ambientes. A su vez, insisten en que la educación y participación son aspectos clave en la

transformación del entorno para llevar a cabo la promoción de salud. De hecho, en Yakarta (1997) se hace mención explícita a la necesidad de la educación como herramienta para mejorar la salud individual y colectiva de las comunidades (WHO, 1997b).

De todo esto se deduce, que los escenarios más óptimos para la salud son aquellos que ofrecen la posibilidad de intervenir e implementar acciones estratégicas que puedan causar impacto en la salud de la persona desde su cotidianidad. En definitiva, aquellos que permiten acciones educativas clave, dirigidas a la creación de ambientes saludables, al fortalecimiento de la concienciación y participación comunitaria, y al desarrollo social y de comportamientos personales y estilos de vida positivos, que permitan mantener un equilibrio en salud.

En este sentido, numerosos autores coinciden en que la Escuela constituye un excelente escenario para las intervenciones de promoción de salud. Según Salleras (1990), en la escuela se actúa sobre individuos en fase de formación física, mental y social que todavía no han adquirido hábitos insanos, y que poseen gran capacidad de aprendizaje de conocimientos y asimilación de prácticas, lo que hace que este entorno sea ideal para la educación en salud, de la misma forma que lo es para la educación en general. Al mismo tiempo, teóricamente todos los niños y niñas acuden a la escuela, por lo que ningún otro programa puede acercarse al nivel tan extensivo que tiene el medio escolar. Para Salvador, Suelves y Puigdollers (2008, p.8), “los centros educativos junto con el hogar son los ámbitos socializadores clave donde tiene lugar el desarrollo de las personas en sus estadios más tempranos, ejerciendo un importante papel en la configuración de la conducta y los valores sociales de la infancia, la adolescencia y la juventud”.

De acuerdo con esto, la escuela tiene la necesidad de abordar temas relacionados con la promoción de la salud como una de las bases que permita alcanzar los objetivos educativos. De igual manera, en el Informe de Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea³², se expone que los centros de enseñanza desempeñan un papel importante en la configuración de la conducta y

³² Dicho informe constituye una recopilación de evidencias sobre la eficacia de la promoción de la salud llevada a cabo en Europa en los planes de salud pública hasta el año 2000, realizada por prestigiosos profesionales de los temas revisados, entre los que se incluye la salud en el entorno escolar. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).

valores sociales de los jóvenes, siendo necesario que las intervenciones en el área de salud escolar se desarrollen en este contexto (International Union for Health Promotion and Education [IUHPE], 2000b).

Por otro lado, en términos de coste-efectividad, los programas escolares son más eficaces y rentables que los programas en otros medios, como el laboral o el comunitario en general. Según el IUHPE (2000b), las intervenciones escolares dirigidas a la reducción de las pautas de conducta que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad constituyen un vehículo obvio de intervenciones rentables. El Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (1996) concluía que el gasto en salud escolar da siempre como resultado un ahorro sustancial; y gastar dinero en programas de salud escolar puede justificarse por motivos puramente económicos. En 1993, el Banco Mundial y la OMS hicieron una comparación de la rentabilidad de los diversos programas de salud pública, llegando a la conclusión de que los programas de salud escolar son uno de los más costo-efectivos, y que podrían hacer mejorar la salud de la nación (WHO Global School Health Initiative & WHO Health Education and Promotion Unit, 1996). Conclusiones similares aportó el estudio de Rothman et al. (2007), uno de los trabajos que hasta el momento habían tratado de evaluar la rentabilidad de las intervenciones de promoción de salud escolar desde una perspectiva de inversión financiera, extrayendo resultados positivos en las ratios de beneficio. El estudio, que fue realizado en EE.UU. mostró resultados prometedores en tres áreas temáticas del currículo escolar tales como fumar, abuso de sustancias y comportamiento sexual (citado en Leger, 1999, p.58).

Como se observa, la escuela ofrece un gran potencial para conseguir una transformación a largo plazo de condiciones importantes de salud, tanto en lo que respecta a los estilos de vida, como a los ambientes, y además permite ampliar el efecto masificando la estrategia, ya que hay mayor posibilidad de participación en los procesos (Restrepo, 2001a). El entorno escolar constituye pues, el marco donde pueden llevarse a cabo intervenciones eficaces y económicas contra muchos problemas de salud. A través de sus valores culturales, su organización y su gestión, así como la calidad de su entorno físico y social y sus métodos de enseñanza, se influye directamente en la salud del alumnado y del resto del personal y comunidad educativa, constituyendo un entorno promotor de salud idóneo (WHO, 1997b).

2.2. Beneficios de la promoción de salud en la escuela

A través de lo expuesto en el anterior apartado, se puede afirmar que la promoción de la salud en la población escolar supone un elemento clave en la mejora de la salud a lo largo de la vida. En estas edades se estructuran elementos esenciales para la salud que tienen influencia posteriormente en la edad adulta. A su vez, la adquisición de estilos de vida saludable en la edad infantil ayuda a que los niños y niñas se sientan seguros de sus habilidades, mejorando su desarrollo personal, educativo y social (Andradas et al., 2014). Desde esta perspectiva, han sido considerables los autores e instituciones que han coincidido en los efectos positivos que aportan las intervenciones promotoras de salud en la escuela.

En lo que se refiere a la calidad de vida y la salud del alumnado y del resto de la comunidad, destacan autores como Nakajima³³(1996), el cual confirma que la adquisición de conocimientos, valores, técnicas y costumbres relacionados con la salud permite a los niños aspirar a una vida sana y actuar como intermediarios para cambiar la situación sanitaria de sus comunidades (Palacio & Sáez, 2001). En la misma línea, el Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integral en las Escuelas (1997), asegura que la educación que se proporciona a los niños y niñas, tanto en el saber académico básico, como los conocimientos, actitudes y técnicas relacionadas con la salud, es vital para su bienestar físico, psicológico y social. Este tipo de educación siembra los cimientos para un desarrollo sano del individuo a lo largo de toda su vida (WHO, 1997b; Birdthistle & WHO Dept. of Health Promotion/NCD Prevention and Surveillance, 2000).

Asimismo, importantes organismos internacionales como UNESCO, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Consejo de Europa, Comisión Europea, así como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), avalan la importancia de la Promoción y Educación para la Salud en la escuela, considerando que se trata del modo más efectivo para promover la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables y el único camino para que la educación en salud llegue a los grupos de población más joven (Salvador et al., 2008). Así se deduce, que aquellos

³³ Director General Organización Mundial de la Salud de 1988 a 1998.

individuos que han tenido la posibilidad de recibir intervenciones promotoras de salud en la escuela tienen la ventaja también de adoptar menos conductas de riesgo en la edad adulta, y, por tanto, gozar de mejor salud.

No sólo ha sido reconocido su beneficio en lo que se refiere a la salud, sino que su aportación ha sido también estudiada en otros aspectos, tales como el desarrollo económico y de aprendizaje, entre otros. El Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integral en las Escuelas (1997), señala como razones fundamentales por las que los programas escolares deben de ser desarrollados —además de la capacidad de reducir simultáneamente problemas comunes de salud y promover la salud pública—, la capacidad de aumentar la eficiencia del sistema educativo, la educación, y el desarrollo social y económico en cada Estado miembro de la OMS (WHO, 1997b).

En relación con los beneficios de aprendizaje, el Comité de Expertos en Servicios de Higiene Escolar de la OMS³⁴ señalaba ya en 1950, que para que el aprendizaje en la infancia sea eficaz, los niños y niñas necesitan una buena salud; ésta es clave para la participación y el rendimiento continuos en actividades escolares (Birdthistle & WHO Dept. of Health Promotion/NCD Prevention and Surveillance, 2000). En la misma línea, Leger (1999) afirma que todo esfuerzo que tiende a mejorar la salud de los estudiantes y de los entornos en los que aprenden, también parece enriquecer y mejorar los resultados educativos. Se deduce, por tanto, que el logro de los resultados educativos positivos en la escuela está estrechamente relacionado con el mantenimiento de una buena salud entre el alumnado. Si éste tiene buena salud, también tiene mayor capacidad de aprendizaje, al igual que los niños y niñas que asisten a la escuela, tienen mayor probabilidad de estar sanos.

En lo que a beneficios económicos se refiere, también han sido evidenciados por diversos autores e instituciones. Nakajima (1996) expone que la salud está inextricablemente unida a los progresos educativos y la calidad de vida, pero también a la productividad económica. Por ello, educar a los niños para la salud a través de la

³⁴ Este Comité se constituía precisamente para examinar el estado de salud escolar y para hacer recomendaciones sobre la política y las acciones a llevar a cabo por la OMS y sus oficinas regionales, así como por otros organismos internacionales, con objeto de mejorar la salud a través de la escuela. Resultado de ello fueron 34 documentos sobre aspectos de salud en la escuela, sintetizados en tres documentos de referencia «El estado de salud en la escuela» (1996); «Barreras y Estrategias para mejorar los programas de salud escolar» (1996), e «Investigación para mejorar la aplicación y eficiencia de la escuela» (1996). Leger, 1999.

escuela, debe ser una prioridad, no sólo para el sector salud (Palacio & Sáez, 2001). Por su parte, también la ONU ha reconocido el potencial de las escuelas para influir no sólo en la situación educativa de la juventud, sino también en su salud y en su desarrollo económico (Monsalve, 2013). Es en el entorno escolar donde pueden llevarse a cabo intervenciones de salud efectivas en masa, consiguiendo resultados de salud a largo plazo que, sin duda, disminuirán gastos en recuperación y rehabilitación en problemas de salud evitables, influyendo así, en la prosperidad económica.

Por último, tampoco hay que olvidar los beneficios para el profesorado. Las actividades de fomento de la salud para el personal escolar, que son uno de los elementos menos visibles de los programas de salud en este entorno, pero uno de los más decisivos, permite reducir el absentismo del profesorado y mejorar su espíritu de trabajo y la calidad de la instrucción impartidas en clase (WHO, 1997b).

2.3. La promoción de salud en la escuela como estrategia para el abordaje de la cronicidad

A lo largo de las últimas décadas se ha venido produciendo de forma acelerada un proceso de cambio económico, político, tecnológico, social y cultural que ha motivado un aumento del bienestar de la población mundial, y, por consiguiente, un incremento de la esperanza de vida. No obstante, esto no significa que venga asociado a una buena calidad de vida. Tal y como muestran los datos demográficos y encuestas de salud, hay un claro predominio de enfermedades crónicas. Teniendo en cuenta que muchas de estas patologías tienen su origen en factores comportamentales relacionados con los estilos de vida y el contexto social, se puede afirmar que la promoción de salud en la escuela se convierte en una necesidad estratégica en la consecución de objetivos de uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema sanitario, que es la gestión de la cronicidad.

Según Gavidia & Talavera (2012), la elección de una mejor alimentación, de hacer ejercicio físico, de no beber o hacerlo moderadamente, de no fumar o no consumir otras drogas, depende en gran medida del ambiente cultural, social, económico e incluso físico en el que se vive. Escoger un estilo de vida saludable, no sólo depende de la

voluntad de la persona, sino también del conocimiento; es decir, del “saber” y de la accesibilidad al mismo. Por ello, la promoción de salud debe comenzar desde la infancia, convirtiéndose la escuela en un entorno privilegiado para tal fin.

Los datos del último estudio de la OMS sobre Carga Mundial de Enfermedad (Global Burden of Disease Study, 2010) expone que, tanto a nivel global como en la región de Europa occidental, los primeros puestos los ocupan las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la OMS. En España también se confirma esta prevalencia, dado que suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)³⁵. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE 2011/12), el 46,9% de las mujeres y el 37,8% de los hombres mayores de 16 años presentan, al menos, un proceso crónico (Andradas et al., 2014).

Estos procesos son también los que más gasto suponen para el sistema sanitario. En la Unión Europea, la atención a las patologías crónicas supone el 70-80% del gasto sanitario, con un coste anual estimado de unos 700.000 millones de euros. En España, supone aproximadamente el 60% del gasto de hospitalización. Además, impactan negativamente en el mercado de trabajo, productividad, educación y el capital humano de la sociedad (OCDE, 2011, citado en Andradas et al., 2014, p.32). Se incluyen aquí especialmente, el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, que se mantiene como la primera causa de muerte en España (con una tasa de 252,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguida de los tumores (237,4) y de las enfermedades del sistema respiratorio (94,4) (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2016).

Desde esta perspectiva, en la declaración de la reunión de alto nivel sobre enfermedades no transmisibles de la ONU de 2011, se acordó establecer como objetivo para el año 2025 una reducción del 25% en la mortalidad relativa por estas enfermedades. Para ello, se estableció la estrategia «cuatro por cuatro», es decir, priorizar el abordaje de los cuatro principales factores de riesgo comunes (tabaquismo, abuso del alcohol, inactividad física y dieta desequilibrada) en las cuatro principales

³⁵ Un AVAD puede interpretarse como un año de vida «sana» perdido.

enfermedades crónicas, enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica (Andradas et al., 2014).

Igualmente, se ha evidenciado un gran peso en las limitaciones producidas por otros problemas, que, no perteneciendo a estas categorías, también tienen una alta prevalencia poblacional y acarrear graves consecuencias de salud, contribuyendo al acrecentamiento de la cronicidad. Cabe referirse aquí a los trastornos mentales, que actualmente constituyen la sexta causa de muerte en España (INE, 2016). Según las estimaciones de la OMS, los trastornos mentales y neurológicos serán responsables en el año 2020 del 15% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones. Estas cifras son superiores a las que se producirá en el resto de las enfermedades en todo el mundo, incluyendo las enfermedades cardiovasculares (WHO, 2001).

De igual forma, en términos tanto de morbilidad como de afectación de la calidad de vida, las causas externas (accidentes de tráfico y suicidios, entre otros) constituyen un problema importante, que además del coste económico, sanitario y social, suponen un sufrimiento humano para el entorno más inmediato (Andradas et al., 2014). Cabe mencionar también las infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva de todo el mundo, figurando entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica. No se sabe con exactitud la carga de enfermedad que representan las ITS, pero más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, pueden tener consecuencias graves para la salud (WHO, 2016a).

Y, por último, destacar las afecciones bucodentales, que aparentemente pasan desapercibidas, pero que sigue siendo un problema de salud de magnitud y gravedad importante en el mundo, y que además constituye la puerta de entrada a nuestro organismo de virus, bacterias y otros microorganismos, que, a través del sistema circulatorio, acceden a cualquier área del cuerpo. El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos en el mundo tienen caries dental (WHO, 2012). En España, según la Encuesta de Salud Oral (2010), la prevalencia de caries para las cohortes de adultos es del 92-94% (citado en Llodra, 2012).

Como vemos, a pesar de las actuaciones llevadas a cabo a lo largo de estos años, la consecución de los objetivos de salud en nuestro entorno, en lo que se refiere a la adquisición y el mantenimiento de hábitos saludables, sigue siendo limitada, afectando

sin duda a la salud global de la población, por lo que se requiere un cambio en la forma de intervenir. Existe una clara necesidad de abordar esta situación de forma integral, considerando todos los factores que contribuyen negativamente, los cuales se describen en el siguiente apartado.

2.3.1. Factores de riesgo que avalan el enfoque promocional de salud en la escuela

Tomando como referencia la Estrategia llevada a cabo por el Sistema Nacional de Salud, así como los objetivos operativos de ésta para asegurar la atención integral de la salud infantil y juvenil en el marco del Sistema Sanitario (Andradas et al., 2014), y las recomendaciones para el contexto catalán reflejadas en el Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica (Prats, Prats & Plasència, 2008), se abordan a continuación, datos sobre los principales factores que avalan la necesidad y la importancia del enfoque promocional de salud en la escuela, tomando la intervención educativa como una herramienta esencial (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo que avalan el enfoque promocional de salud en la escuela. Elaboración propia

Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none">● Actividad física y Sedentarismo● Alimentación saludable● Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas● Higiene bucodental● Seguridad en lesiones no intencionadas● Utilización de métodos de protección en las relaciones sexuales● Bienestar emocional

Fuente: Prats, Prats & Plasència, 2008; Andradas et al., 2014.

Actividad física y Sedentarismo.

La OMS estimó que para 2004 la inactividad física era el cuarto de los principales factores de riesgo de mortalidad, siendo el responsable de un 5,5% de las muertes a

nivel mundial. En concreto para Europa occidental, el sedentarismo ocupa el quinto lugar en el ranking de factores de riesgo con carga de enfermedad atribuible, con aproximadamente un 4,5% de AVADs. Se estima, además, que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (WHO, 2010).

En España, se podría evitar el 13,4% de las muertes por todas las causas, si todas las personas inactivas físicamente siguieran las recomendaciones establecidas y llegaran a ser activas (Andradas et al., 2014). Según datos de la última Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE 2011/12), el 77,2% de la población mayor de 15 años, se clasificaría como población inactiva, y conforme aumenta la edad, se vuelve aún menos activa. Comparando estos resultados con encuestas anteriores, las variaciones son mínimas (78% de inactivos en 1997), lo que hace pensar que las estrategias de promoción de salud en lo que respecta a este factor de riesgo, no han sido lo suficientemente efectivas (Andradas et al., 2014).

Respecto a la población escolarizada ocurre de igual forma, observándose un descenso de actividad física, conforme aumenta la edad. De esta manera, a los 11-12 años, sólo el 31,7% de los adolescentes en España realiza actividad física los siete días de la semana respecto del 15,3% de los adolescentes de 17-18 años. Asimismo, el 63,4% de los escolares pasan una hora o más al día (lunes a viernes) delante del televisor, y hasta el 73,9% los fines de semana con una media de 2,7 horas. En lo que respecta a los videojuegos, el 22,9% manifiesta utilizarlos más de una hora diaria entre semana, llegando al 40,4% durante el fin de semana (Andradas et al., 2014). En Cataluña se obtienen resultados similares. Para las edades de 3 a 14 años, cabe destacar un “ocio sedentario” en el 22,2% según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña 2014 (ESCA), siendo la actividad más frecuente, mirar la televisión (Constante, 2015).

Teniendo en cuenta que el sedentarismo es uno de los principales factores de riesgo identificados que influye en algunas de las enfermedades crónicas más extendidas en la sociedad actual, cabe reafirmar la necesidad estratégica de la promoción en esta área. Prueba de ello es el estudio Atlas Sport Consulting³⁶, llevado a cabo en 2006,

³⁶ Estudio del impacto económico de la práctica deportiva en el gasto sanitario. Congreso Internacional sobre Actividad Física y Salud. 2006.

estimó que por cada euro per cápita invertido en promoción deportiva se incrementa en 0,20-2,80% el número de personas que realizan 3 horas o más de actividad física a la semana, y se produce un ahorro aproximado de 50€ en gastos sanitarios acumulados durante 15 años (citado en Andradas et al., 2014, p.42).

Alimentación saludable.

Junto con la falta de actividad física, la alimentación poco saludable es causa importante de la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer, osteoporosis y enfermedades osteoarticulares; contribuyendo sustancialmente a la carga mundial de mortalidad, morbilidad y discapacidad. En los últimos años, se ha producido un cambio negativo hacia una dieta de alta densidad energética en la que juegan un papel más importante las grasas, la sal y los azúcares añadidos a los alimentos, con una mayor ingesta de grasas saturadas y una reducción de la ingesta de hidratos de carbono complejos y de fibra, así como de frutas y verduras (Andradas et al., 2014). Esto, en parte ha empeorado los datos epidemiológicos de problemas de salud relacionados con este factor. A nivel general, la Encuesta Europea de Salud en España (EESA 2014/15) muestra que la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad llega a alcanzar el 52,7%, es decir, más de la mitad de la población adulta residente en España (MSSSI, 2016a). El último Informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE/OECD) indica, además, que la tasa de obesidad entre adultos ha ido incrementándose, del 12.6% en el 2000, hasta un 16.6% en el 2013 (OECD, 2015).

En lo que se refiere al sobrepeso y la obesidad infantil, también ha aumentado de forma considerable. Tres de cada diez niños y niñas tienen sobrepeso u obesidad en España, lo cual está por encima del promedio de la OCDE. Además, las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad infantiles probablemente resultarán en tasas de obesidad en adultos aún más elevadas en el futuro (OECD, 2015). En Cataluña, casi la mitad de los niños y niñas de 6-12 años tienen sobrepeso (30,4%) y un 11,7% son obesos (Constante, 2015).

Los costes asociados a la obesidad en España superan los 2.500 millones de euros anuales, debido principalmente a la estrecha relación que tiene la obesidad con las

patologías mencionadas (Andradas et al., 2014). No obstante, la evidencia muestra que la reducción de la incidencia de enfermedad coronaria a través de la dieta es posible; y señala una correlación positiva entre estilo de vida y factores dietéticos, y su relación con lípidos en sangre, presión arterial y riesgo de enfermedad cardíaca coronaria (Retelny, Neuendor & Roth, 2008, citado en Andradas et al., 2014, p.46).

Como se puede ver, la promoción de salud en lo que se refiere a alimentación saludable, también se hace imprescindible y necesaria, y más aún dentro del contexto europeo actual, en que precisamente los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS, se han comprometido a prevenir y combatir el sobrepeso y la obesidad, quedando validado en la “Declaración de Viena sobre nutrición y enfermedades no transmisibles en el contexto de salud 2020”³⁷. En dicha Conferencia se mostraba especial preocupación por el rápido aumento de sobrepeso y obesidad, especialmente en la edad infantil, reconociendo su impacto negativo en la calidad de vida y el bienestar del individuo y de la sociedad en su conjunto; y la gran carga que supone para los sistemas de salud y la economía. Se aducía la necesidad e intención de invertir recursos para fomentar la dieta saludable y el ejercicio físico, y prevenir así la obesidad en la infancia y adolescencia (WHO, 2013b).

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

En 2010, casi cinco millones de muertes fueron atribuidas al consumo de alcohol a nivel mundial. En Europa, se calcularon 195.000 muertes al año por esta causa. Cabe destacar que los jóvenes soportan, de forma relativa, una parte desproporcionada de esta carga, ya que el alcohol es origen del 25% de la mortalidad en los varones y del 10% en las mujeres jóvenes. En España, el alcohol, es la sustancia psicoactiva más consumida por la población general y la edad de inicio se sitúa alrededor de los 13,7 años (Andradas et al., 2014).

En esta línea, preocupantes son los datos de la ESTUDES 2014/15³⁸, que revela que el 78,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el

³⁷ Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, Vienna, Austria 4-5 July 2013.

³⁸ Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España de 14-18 años.

alcohol, percibiéndolo como la sustancia menos peligrosa (MSSSI, 2016b). Además, hay una tendencia observada de un aumento del consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*) y de intoxicaciones etílicas, especialmente entre la población joven; entendido éste por el consumo de más de 6 UBEs³⁹ en hombres y 4 en mujeres, en un periodo de 4-6 horas. Según la EESE 2014/15, entre los 15 y los 24 años, el consumo de manera intensiva mensual está en torno al 20%. Y según la ESTUDES 2014/15, el 43% de los estudiantes de 16 años y la mitad de los de 17, reconoce haber consumido alcohol en forma de atracón alguna vez en el último mes (MSSSI, 2016b).

Cabe destacar la importancia de la educación con respecto al consumo de alcohol, dado que la exposición temprana al alcohol es un claro predictor de una posible dependencia en la edad adulta, multiplicándose por cuatro el riesgo de desarrollarla en quienes comienzan a beber antes de los 15 años, frente a los que lo hacen más tarde. Además, los menores son más sensibles a los efectos dañinos de alcohol que los adultos y constituye la puerta de entrada al consumo de otras sustancias, un patrón de consumo cada vez más prevalente (Andradas et al., 2014).

En lo que se refiere al consumo de tabaco, si bien es cierto que se ha reducido en los últimos años en la población en general, según datos disponibles que proceden de la ESTUDES 2014/15, un 38,4% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 31,4% en el último año y el 8,9%, lo fuma a diario. Cabe destacar además que casi la mitad de éstos (49,7%) vive en hogares donde se fuma diariamente (MSSSI, 2016b). Lo cierto es que el tabaco ocasiona al menos quince tipos de cánceres, además de enfermedad coronaria y cerebrovascular, patología obstétrica y neonatal y enfermedades pulmonares, siendo el principal factor responsable del cáncer de pulmón, y responsable de casi 700.000 muertes cada año en el conjunto de la Unión Europea (UE). El factor tabáquico sigue siendo la primera casusa de muerte evitable en España, siendo, además, uno de los factores de riesgo que ocasiona un mayor coste sanitario y social al que se debe hacer frente, de tal forma que se ha calculado un ahorro de 85% de los costes sanitarios a lo largo de la vida por cada fumador que dejase de fumar (Andradas et al., 2014).

³⁹ UBE: unidad de bebida estándar. En España equivale a 10 gr de alcohol puro. Esto es, una copa de vino o cava (100ml), 1 cerveza (250ml) y a ½ copa de licor (25ml). Extraído de Recomendaciones semFYC: Alcohol. Barcelona, 2000.

España tiene actualmente una de las regulaciones más avanzadas en prevención y control del tabaquismo, sobre todo en lo que se refiere a legislación en general, y a los espacios libres de humo en particular, pero es imprescindible reforzar las intervenciones de promoción de salud en este aspecto, con objeto de contribuir a la adquisición de un estilo de vida más saludable y la desnormalización del consumo de tabaco, así como para prevenir o retrasar el inicio del mismo lo máximo posible, especialmente en las edades más tempranas, en las que no se percibe como peligroso.

En cuanto al consumo de otras sustancias psicoactivas, el cannabis es la tercera de las drogas más consumidas por los escolares españoles de 14-18 años, después del tabaco y el alcohol. Éstos consideran que el tabaco es más peligroso que el cannabis. Así, según datos recientes, en 2014 empezaron a consumir cannabis 146.200 estudiantes de 14-18 años. Un 65,6% principalmente marihuana, siendo el consumo problemático de esta sustancia más extendido entre los varones, y aumentando con la edad (del 7,9% a los 14 años hasta el 18,2% a los 18 años). Le siguen, por este orden, los hipnosedantes, cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína. El 3,5% de los estudiantes de 18 años, manifestaba haber consumido cocaína al menos una vez. Por último, cabe destacar que el 4% de los escolares ha probado alguna vez en la vida las denominadas sustancias psicoactivas emergentes que se venden por Internet y son fácilmente accesibles, tales como Spice, Ketamina, entre otras (MSSSI, 2016b).

El abuso de drogas (tanto legales como ilegales) sigue siendo un factor de riesgo para la salud que afecta muy negativamente al desarrollo físico personal y social, acarreando problemáticas importantes (agresividad, disminución de la capacidad de la atención, sentimiento de invulnerabilidad, fatiga y cansancio, perturbación de los sentidos, pérdida de conciencia, entre otros, incluso muerte). Por este motivo, está justificado el desarrollo de intervenciones educativas desde el marco escolar. Según datos de la ESTUDES 2014/15, uno de cada cinco escolares de 14-18 años se siente informado "a medias". Y, curiosamente, un 96% de los escolares piensan que la educación en las escuelas tiene una gran eficacia para luchar contra el problema de las drogas, percibiendo a los profesionales sanitarios, en primer lugar, como preferidos para recibir información sobre drogas, sus efectos y riesgos (MSSSI, 2016b).

Higiene bucodental.

Las consecuencias de una mala higiene dental tienen una estrecha relación con la enfermedad bucodental (caries y afecciones periodontales, entre otras). En la población infantil española, la prevalencia es casi del 40% a la edad de 6 años y del 45% a los 12 años (medido en dentición permanente). La situación es muy similar para el grupo de 15 años, con una estabilización de la prevalencia de caries en torno al 55% (citado en Llodra, 2012). La situación en Cataluña es muy parecida, siendo la caries una de las patologías más frecuentes. Según la última Encuesta epidemiológica de prevalencia de caries en los escolares de Cataluña (2006), la caries afecta casi al 40% de los escolares a los 6 años; y al 45,8% a la edad de 12 años, observándose un cierto estancamiento desde 1997 (citado en Casals & Cuenca, 2010). En relación con la enfermedad periodontal, también se ve afectado un considerable porcentaje de la población catalana, llegando a cifras cada vez más elevadas a medida que se avanza en edad, hasta el 86,9% en la franja de 65-74 años (Taberner et al., 2006).

Teniendo en cuenta que estos problemas son susceptibles de mejora a través de los hábitos comportamentales higiénicos, la educación para la salud en esta área se hace especialmente imprescindible. Los niveles de conocimiento de la población en relación con las caries y la enfermedad periodontal continúan siendo bajos, existiendo aún conceptos erróneos. Tan solo el 29,6% de la población, renueva su cepillo dental cada tres meses. Dicho dato también se refleja en los estudios de mercado de venta anual de cepillos, donde se confirma que, pese a haberse mejorado progresivamente, no se alcanza la venta de un cepillo/año por habitante. Los españoles renovarían su cepillo dental menos de una vez al año, situándose la media en un cepillo cada 16 meses (Casals-Peidró, 2005).

En cuanto al cepillado dental, en el estudio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC, 2010), España obtiene un porcentaje limitado entre los escolares que declaran cepillarse los dientes más de una vez al día (considerada ésta, la frecuencia óptima de cepillado de dientes). Tan sólo lo hacen, alrededor del 63% de los adolescentes de entre 11 y 18 años (Moreno et al., 2013). Y, aunque se ha ido notando un incremento paulatino respecto de encuestas anteriores, aún estaría por debajo de las cifras alcanzadas por los países escandinavos, que ya en 2002 estaba en la franja del 80-90% (Casals-Peidró, 2005). En lo que se refiere al uso de otras medidas adicionales, tales como visitas al

dentista, seda/hilo dental, enjuagues, entre otras, los datos también son poco alentadores. Únicamente un 15,7% de la población a partir de 14 años utiliza siempre enjuagues y un 5,1%, hilo dental, obteniéndose resultados similares para la población catalana (Taberner et al., 2006). Desde esta perspectiva, en el Marco de actuaciones de atención a la salud bucodental fijadas por las administraciones sanitarias en cumplimiento del Real Decreto 1030/2006⁴⁰, en que se organiza la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se reafirma la importancia de incidir en la promoción de la salud en materia de higiene y salud bucodental. Por lo que la escuela, una vez más, debe convertirse en el escenario idóneo para ello.

Seguridad en lesiones no intencionales.

Pese a los avances logrados en las diferentes campañas y normativas, los accidentes de tráfico siguen representando un importante problema de salud pública. Cada año mueren cerca de 1,25 millones de personas en las carreteras del mundo entero, y entre 20 y 50 millones padecen traumatismos no mortales. Las lesiones causadas por los accidentes de tráfico representan el 48% de las defunciones entre las edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, y constituyen la primera causa de muerte en el mundo en el grupo de 15 a 29 años, destacando los varones menores de 25 años, que tienen el triple de posibilidades de morir en un accidente de tráfico respecto de las mujeres jóvenes. Los usuarios más vulnerables de la vía pública son los peatones, ciclistas, conductores y pasajeros de vehículos de motor de dos ruedas; representan la mitad de todas las personas que fallecen por accidentes de tráfico (WHO, 2016a).

En España, si bien es cierto que se registran unas cifras de accidentalidad por debajo de la media europea, y que se ha ido produciendo un descenso continuado de la letalidad desde el año 2004; no hay que olvidar que también sigue constituyendo un problema de salud, especialmente en el grupo de población joven. Según los últimos datos de 2014, el grupo de 21 a 24 años es el que ha presentado, la tasa de mortalidad más alta; y el de 18 a 20 años, el que ha supuesto la tasa de heridos hospitalizados más alta por millón de población. Los accidentes de tráfico suponen, además, la tercera

⁴⁰ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

causa de fallecimiento en los varones con un valor de 34 años y la cuarta causa de fallecimiento para las mujeres con un promedio de 32 años, si se considera el valor promedio de años potenciales de vida perdidos por accidente (APVP) (Dirección General de Tráfico [DGT], 2014).

En cuanto a los costes, directos e indirectos, asociados con estos accidentes y el resultado de los mismos (fallecidos o heridos), queda estimado aproximadamente en un 3% del Producto Interior Bruto (PIB) de los países (WHO, 2016a). En España, en 2014, representó casi mil millones de euros, lo que supondría el 1% del PIB (DGT, 2014).

Por todo ello, la reducción de las lesiones derivadas de los accidentes de tráfico, constituyen una prioridad para toda la población. Conseguir entre los jóvenes, hábitos de vida sanos, así como actitudes positivas frente a la salud y la seguridad vial, es un objetivo que debe estar presente entre las prioridades políticas de los diferentes países. En este sentido, la escuela es un lugar privilegiado en el que sentar las bases de una mentalidad preventiva. Los comportamientos viales deben incluirse entre los contenidos elementales, para conseguir una educación ciudadana integradora de todos los principios que fomenten la convivencia, la tolerancia, la solidaridad, el respeto, la responsabilidad y, en definitiva, un cauce para favorecer las relaciones humanas en las vías pública (Álvarez, González & Robledo, 2004).

Cabe mencionar aquí que, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha proclamado el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020. Entre sus recomendaciones, se alude a la importancia de la intervención educativa en esta área: centrada en el comportamiento de los usuarios de la vía pública, en el establecimiento y cumplimiento de leyes relacionadas con los factores de riesgo fundamentales (velocidad excesiva, conducir bajo los efectos del alcohol, uso del casco en motocicleta, cinturones de seguridad y medios de sujeción infantil, distracciones al conducir) y en la concienciación (WHO, 2016a). Conducir después del consumo de sustancias psicoactivas es, desafortunadamente, un hecho frecuente en España, el 12% de los españoles que conducen turismo han consumido alguna droga de comercio ilegal y/o alcohol, antes de conducir.

En la población joven y adolescente, este hecho es aún más grave, suponiendo el fin de semana y la noche, un riesgo para este grupo, en comparación con el resto de la población. En 2014, se registró el 53% de los fallecimientos entre los jóvenes de 18 a

24 años durante la noche y fin de semana. La velocidad inadecuada también estuvo presente en el 10% de los accidentes con víctimas. Y la distracción, aparece como un factor concurrente en un 30% de los accidentes con víctimas (el uso del móvil durante la conducción es uno de los factores de distracción más importante) (DGT, 2014).

Se puede afirmar así, que las conductas de riesgo tienen una gran relevancia en los accidentes de tráfico, por lo que la promoción de la salud en la escuela respecto a este problema debe constituir un esfuerzo prioritario.

Utilización de métodos de protección en las relaciones sexuales.

Es un hecho constatado que la proporción de población sexualmente activa entre los jóvenes ha ido aumentando progresivamente, situándose actualmente en un 66% a los 19 años, y de alrededor del 18% a los 15 años (Colomer et al., 2013). Además, según el estudio *Health Behaviour in School-aged Children 2010 (HBSC)*, en relación con los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles de 11-18 años a lo largo de la primera década del milenio, los adolescentes han pasado a tener, en general, más parejas sexuales; de 1,74 personas en el inicio de siglo, a una media de 2,45 en la segunda década del mismo. Asimismo, la edad de inicio de las relaciones coitales se ha ido adelantando, siendo ésta de 13,9 años en chicos y 14,3 en chicas (Moreno et al., 2013).

Este adelanto supone también un aumento proporcional constatado de los riesgos de sexo no seguro, como es, por ejemplo, la falta de protección en sus primeras relaciones o las menores habilidades para la negociación de una sexualidad positiva y segura. La mayor promiscuidad se acompaña, además del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, de un mayor número de embarazos no deseados (Colomer et al., 2013; Moreno et al., 2013). Según datos de HBSC (2013), cabe destacar el progresivo menor uso por parte de los adolescentes del considerado mejor método anticonceptivo (por prevenir de embarazos y enfermedades): el preservativo; y el peligroso aumento de uso del peor método anticonceptivo, que no es tal y no previene ni de embarazos, ni de enfermedades: la denominada «marcha atrás» (Moreno et al., 2013).

Así, el riesgo de que se produzca un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual (ITS), sigue siendo un problema importante. En España, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 o menos años es de 2,3 por cada 1.000 mujeres, siendo 6 veces superior para las adolescentes de nacionalidad extranjera (7,5 en adolescentes extranjeras, frente a 1,8 en españolas). A los 20 años estas cifras se disparan hasta una tasa de 14,1 en españolas, y hasta el 57,1 en extranjeras⁴¹. Se estima que entre un 60 y un 90% de estos embarazos no son deseados (Colomer et al., 2013). Según datos del Instituto de Política Familiar, más del 20% de los embarazos en España, acabó en aborto en 2013, lo que representa uno de cada cinco embarazos. Casi la mitad de éstos se produjo en chicas de 20-30 años (43%); y, uno de cada nueve abortos, fueron de adolescentes (menores de 20 años), lo que supone el 12% del total. España se consolida así, como tercer país de la UE con mayor número de abortos, siendo, además, el país donde más han aumentado en los últimos 20 años (hasta un 140%); y Cataluña, una de las Comunidades donde más abortos se han llevado a cabo (Instituto de Política Familiar [IPF], 2015).

En lo que se refiere a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH, cabe mencionar que siguen siendo un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS siguientes: clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 500 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2). Y más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH) (WHO, 2016b).

En España, según el sistema de información de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), desde 2004 se está registrando un aumento de casos de sífilis y gonococia, situando las tasas en 2009 en 5,3 y 4,3 por 100.000 habitantes respectivamente. Los diagnósticos notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM) describen la misma tendencia, reflejando aumentos de sífilis a partir del año 2000 y de gonococo, clamidia y herpes a partir del 2002 (Díaz & Díez, 2011). Cabe resaltar entre estos datos que las ITS afectan de forma desproporcionada a las mujeres y las

⁴¹ Datos extraídos de la web del INE, 2016. Indicadores de Fecundidad según orden del nacimiento y nacionalidad (española/extranjera) y edad de la madre.

adolescentes. Cada año, una de cada 20 adolescentes en el mundo, contrae una infección bacteriana por contacto sexual, observándose infecciones a edades cada vez más tempranas (WHO, 2008).

Asimismo, las cifras también son alarmantes para la infección por VIH en el grupo de población joven. La OMS (2003) afirma que el 50% de las nuevas infecciones se producen en personas menores de 25 años y el 25% en menores de 22 años; y ONUSIDA (2008) estima que el 45% de las infecciones de VIH diagnosticadas en 2007, se realizaron en jóvenes de entre 15 y 24 años (Bermúdez, Castro, Madrid, & Buela-Casal, 2010). En Europa occidental, el 10% de los nuevos casos de VIH que tuvieron lugar en el año 2006 correspondían a jóvenes de entre 15 y 24 años, siendo la vía sexual, uno de sus principales modos de transmisión (Teva, Bermúdez, & Buela-Casal, 2009; Bermúdez et al., 2010).

En los diferentes estudios en que se ha analizado la conducta sexual de los adolescentes, se subraya la vulnerabilidad de este colectivo ante las ITS y el VIH, matizando especialmente, la necesidad de prestar especial atención a los adolescentes inmigrantes (Bermúdez et al., 2010). La adolescencia es un período de la vida que se suele caracterizar por la búsqueda de nuevas experiencias y la asunción de riesgos, que, junto con las estadísticas anteriores, explicarían que este colectivo esté especialmente expuesto a estas afecciones (Teva et al., 2009). Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves por lo que es clave para la salud gestionar su prevención. Un 30% a un 40% de los casos de infertilidad femenina obedecen a una lesión de las trompas de Falopio posterior a una infección. Asimismo, una de las infecciones de transmisión sexual más mortífera es la causada por el VPH. Casi todos los casos de cáncer cervicouterino están asociados a infección genital por este virus. Éste, es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial, y causa, cada año, 500.000 casos nuevos y 250.000 defunciones (WHO, 2008).

Se deduce de todo esto que, a pesar de los programas de salud afectiva-sexual que se han ido desarrollando, siguen existiendo carencias. Según Colomer et al. (2013), las consecuencias de las lagunas que aún persisten en la educación sexual de los adolescentes en España de 15-19 años, se aprecia en hechos como que entre un 15 y un 33% de los que declaran haber tenido relaciones sexuales, no han usado ningún

anticonceptivo la primera vez (porcentaje que se duplica en los que no han recibido educación sexual); que el coito interrumpido continúa siendo el segundo anticonceptivo más utilizado, aunque en realidad no es un método reconocido ni fiable; y que apenas uno de cada tres adolescentes conoce qué es el doble método.

Teniendo en cuenta que las conductas sexuales se instauran en la etapa escolar, la promoción de la salud en esta área sigue siendo necesaria, debiendo estar dirigida hacia la mejora de la calidad en las relaciones sexuales, así como la evitación de consecuencias negativas de conductas irresponsables. La OMS recomienda que la concienciación y la información sobre ITS y la manera de prevenirlas deben formar parte de la educación sobre la salud sexual en los adolescentes (WHO, 2008). Igualmente, son ya numerosas las voces que estimulan a reflexionar sobre la necesidad de comenzar la promoción de salud afectiva-sexual en la enseñanza infantil y que se extiendan hasta la secundaria. Así, cuando los escolares alcancen la adolescencia, ya contarían con formación y recursos personales para enfrentarse a una sexualidad sin riesgos (Teva et al., 2009).

Bienestar emocional.

Desde su inicio, la OMS ha incluido el bienestar mental en la definición de la salud, constituyendo un componente fundamental de ésta, siendo considerado como un estado en el que la persona puede desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera, y ser capaz de contribuir a su comunidad (Andradas et al., 2014).

Respecto a la etapa escolar, este concepto hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones y crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación, que en última instancia, capacitará para participar activamente en la sociedad. La salud mental positiva potencia la cohesión social y el capital social, mejora la paz y estabilidad en el entorno, contribuye al desarrollo económico de la sociedad y es uno de los principios que comparten las democracias europeas. Una buena salud mental permite tener flexibilidad cognitiva y emocional, que son la base de las habilidades sociales y resiliencia necesaria para afrontar el estrés (MSSSI, 2016a).

Según datos de la ENSE 2011/12, en el grupo de población de 0 a 15 años se ha producido un aumento de la prevalencia de personas con limitaciones para la vida diaria relacionadas con la salud mental. Los trastornos de conducta (incluye la hiperactividad) junto con los trastornos mentales (depresión, ansiedad, entre otros), están entre los cuatro problemas más prevalentes de los niños y niñas menores de 15 años en España (citado Andradas et al., 2014, p.127). También es destacable la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia y TCANE⁴²), especialmente en la sociedad actual desarrollada, siendo considerada como una “epidemia” en las sociedades occidentalizadas, especialmente entre las adolescentes y mujeres jóvenes (Peláez, Labrador & Raich). Las cifras de prevalencia en España obtenidas a través de los diferentes estudios epidemiológicos son de 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; y del 4-5% sólo en el sexo femenino para este mismo grupo (Granero, Penelo, Wagner, Karwautz, & Riesco, 2011).

Por otro lado, es preocupante el aumento de suicidio entre la población juvenil. En 2012, el suicidio comportaba la segunda causa de mortalidad en el mundo en el grupo etario de 15-29 años (WHO, 2016c). Actualmente en España, el suicidio se contempla como la primera causa de muerte externa para los grupos de 15-29, 20-29 y 30-39 años (INE, 2016). El suicidio infantil y juvenil se ha convertido en un problema grave de salud pública en los últimos años, que además deja a su paso, una enorme cantidad de daño y constituye un gran impacto, tanto para la familia, como en años de vida perdidos (Pérez, 2009). De hecho, el Consejo de Europa (2008) lo ha reconocido a través de un documento⁴³ en el que demanda una mayor implicación de la investigación científica, así como la educación en las escuelas y los centros de atención médica para prevenirlo, y convertirlo en una prioridad política.

Como se observa en base a toda esta problemática acontecida, el cuidado de la salud mental es necesario y constituye una parte integral de la promoción de la salud, que contempla como objetivo la protección, el apoyo, el soporte emocional y el bienestar social, así como crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicofisiológico óptimo, con el mayor respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal (Andradas et al., 2014). Para ello, es necesario

⁴² Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado.

⁴³ Doc. 11547. “Child and teenage suicide in Europe: A serious public-health issue”. Social, Health and Family Affairs Committee. 2008.

tener en cuenta, además de los condicionantes tradicionales de la salud, otros factores emergentes, que son consecuencia principalmente del entorno y de condicionantes sociales, y que afectan especialmente al bienestar mental del individuo, acarreando, en muchos casos, los problemas referidos.

En esta línea, cabe aludir en primer lugar a las presiones socioculturales por tener un cuerpo «ideal», que promueven una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar en el adolescente una insatisfacción de su imagen corporal, baja autoestima y depresión, contribuyendo así a un riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos para su salud. Asimismo, la influencia de los medios de comunicación junto con el ciclo de relaciones proximales, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueba la imagen del cuerpo ideal, aumentando el riesgo de desarrollar problemas relacionados con la alimentación. Paradójicamente, los medios de comunicación muestran mensajes del ideal de delgadez incentivando el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido, y, por otro lado, bombardean a niños/as y adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres (Portela, Ribeiro, Mora, & Raich, 2012).

Así, las intervenciones promotoras de salud en la escuela pueden resultar de gran valor en este terreno. El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria recomienda aquellas intervenciones que permitan la adquisición de alternativas en cuanto a modelos de referencia y fuente de autoestima, logrando que el alumno considere otros aspectos, en lugar de la imagen o la belleza como fuente de prestigio o reconocimiento social. Intervenciones dirigidas a la modificación de actitudes que puedan resultar negativas en relación con la imagen corporal y aquellas que acarreen prejuicios hacia las personas con sobrepeso. Igual de necesarias consideran a las campañas de prevención y concienciación social, a través de las cuales se pretende informar a padres, profesores y educadores, pero no sólo desde la perspectiva de la enfermedad y su sintomatología, sino desde el punto de vista de la necesidad de crear una autoestima adecuada, y del abandono de ideas promovidas por los medios de comunicación, muchas veces sexistas, que llevan a pensar que la mujer del siglo XXI debe ser físicamente “perfecta” (Casasús & Casasús, n.d.).

Otro de los estos factores que cabe destacar constituye una de las formas de violencia más severas entre iguales que se dan en la escuela. Me estoy refiriendo al acoso escolar, más conocido como “bullying”. Según un Informe realizado por la Organización Save the Children (2013), llevado a cabo en cinco ciudades de España, el 40% de los niños y las niñas mencionan haber vivido una situación de acoso escolar en algún momento de su vida; y, más de la mitad (52%) reconocen haber observado alguna situación de acoso escolar (Orjuela, Cabrera, Calmaestra, Mora-Merchan, & Ortega-Ruiz, 2013). Cabe destacar que estas cifras parecen estar creciendo de forma acelerada en los últimos años, lo que justificaría aún más la intervención educativa en la escuela.

Un informe reciente de la Fundación *Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo* (ANAR, 2015), confirma que los casos de acoso escolar en España aumentaron en 2015 un 75% respecto del año anterior. Más del 40% de los afectados sufren el acoso desde hace más de un año, y el 70% lo padecen a diario. Este fenómeno se ha visto agravado además por los medios tecnológicos, a través de lo que se conoce como “ciberacoso”. Un estudio realizado por UNICEF (2007) dejaba bien claro que, esta forma de violencia es una realidad que se extiende por prácticamente todos los centros educativos. En dicho estudio se expone que el 5,5% de los escolares se declaran víctimas de ciberacoso y el 5,4% de los entrevistados, se proclaman agresores de otros usando medios cibernéticos. También se señala que, una cuarta parte de los escolares ha sido testigo de fenómenos de ciberacoso, ya sea de forma eventual (22%), como de forma prolongada (3%) (Orjuela et al., 2013).

Por otro lado, uno de cada cinco suicidas tiene por causa una situación de acoso que lo antecedió, lo cual da cuenta de lo determinante de este fenómeno en la salud psíquica y las decisiones de vida de quienes lo padecen. En los jóvenes que en algún momento han sufrido de acoso e intimidación por parte de sus iguales, las ideas suicidas son ocho veces más frecuentes que en los que nunca lo han padecido (Orjuela et al., 2013). Naciones Unidas (2006) reconoce en su estudio sobre violencia contra la Infancia que la violencia entre pares tiene efectos negativos en la salud física, el bienestar emocional y psicológico, y en el rendimiento académico. Entre dichas consecuencias se puede señalar la obstaculización del proyecto de vida, estrés postraumático, trastornos psicológicos como baja autoestima, sentimientos de culpa, sentimiento de desamparo, de desesperanza, aislamiento social, depresión, angustia, rabia reprimida y ansiedad; hasta efectos psicosomáticos como cefaleas, migraña, náuseas, erupciones de la piel,

aumento de la tensión arterial, ataques de pánico, trastornos del sueño y de la alimentación, abuso de drogas o de alcohol. El mismo estudio halló que, cuanto más frecuentemente se dan los acosos, más síntomas de mala salud se presentan (Orjuela et al., 2013).

Tampoco se puede pasar por alto otra de las formas de violencia, cuyo germen está basado en construcción social y desigual del sexo: la violencia de género, y que tiene un significativo influjo en el bienestar emocional de la etapa infantil-juvenil, especialmente para la mujer, constituyendo esta forma de violencia, además de un factor de riesgo, un verdadero problema de salud pública. Según las últimas estimaciones mundiales, el 35% de la población femenina ha sido alguna vez en la vida víctima de violencia de pareja o de violencia sexual fuera de la pareja. Por término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja, han experimentado algún tipo de violencia física o sexual por parte de su compañero. Se calcula que, a nivel mundial, hasta un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus respectivas parejas (WHO, 2013c; WHO, 2016d). En España, según el último informe del INE en 2015, la tasa de víctimas de violencia de género fue de 1,4 por cada 1.000 mujeres de 14 y más años. Cabe señalar aquí un dato preocupante, y es que ha ido aumentando el número de víctimas entre los menores de 18 años (INE, 2015).

Un estudio promovido por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género en el marco del cumplimiento de lo dispuesto en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, pone de manifiesto que la violencia contra la mujer en sus distintas manifestaciones pervive entre la juventud y la población escolar española. Una de cada tres personas jóvenes no identifica los comportamientos de control con violencia de género, considerando como algo inevitable o aceptable en algunas circunstancias, «controlar los horarios de la pareja», «impedir a la pareja que vea a su familia o amistades», «no permitir que la pareja trabaje o estudie» o «decirle las cosas que puede o no puede hacer». Además, todas las investigaciones indican que las personas jóvenes son más tolerantes que el conjunto de la población, con las conductas relativas a la violencia de control. De acuerdo con la Macroencuesta de Violencia sobre la Mujer 2015, el porcentaje de mujeres jóvenes de 16 a 19 años que han tenido pareja en alguna ocasión, y que ha sufrido violencia de control en los últimos 12 meses, asciende al 25%. A todo esto, se suma el mal uso de las nuevas tecnologías (smartphone o redes sociales), que puede agravar estas situaciones de violencia. El

25,1% de las chicas reconocen haber sufrido control a través del móvil (De Miguel, 2015).

Teniendo en cuenta todos estos datos, y que durante los primeros años se estructuran las bases fundamentales de un individuo —entre las que destaca las capacidades cognitivas y el buen desarrollo emocional o psíquico—, se puede aseverar que la escuela se convierte en un entorno clave para llevar a cabo intervenciones promocionales de salud emocional. Diversos estudios han demostrado que, llevar a cabo intervenciones de promoción de la salud mental en los centros de enseñanza, ha generado efectos que incluyen un mejor ajuste psicológico, reducciones de los problemas de aprendizaje, conducta y agresión, y un mayor bienestar mental en general.

Cabe destacar el programa preescolar Perry⁴⁴, dirigido a niños de 3-4 años de origen afroamericano y de bajo nivel socioeconómico. Dicho programa, que fue pionero en promoción de salud mental en escolares, y que acabó extendiéndose a lo largo de los Estados Unidos, logró a corto plazo un mayor éxito escolar, menor retraso mental y mejor ajuste social; demostrando a los 15 y 20 años del programa, un aumento de la competencia social, una reducción del 40% en arrestos y contactos con la policía, un incremento del 40% en índices de alfabetización y tasas de empleo, así como una reducción general de problemas sociales. Además, se logró un beneficio neto considerable, ya que, por cada mil dólares invertidos, se produjo una rentabilidad de siete mil dólares (Jané-Llopis, 2004).

2.4. Escuelas saludables y promotoras de salud

Evidenciar la importancia de la escuela como medio para la promoción de la salud, ha hecho posible que se lleven a cabo acciones internacionales por parte de los gobiernos en sus planes de salud pública, con objeto de mejorar la salud en este entorno.

La escuela tradicionalmente ha sido considerada como un componente básico del proceso educativo, donde elementos como el diseño, la construcción y la estructura física de la misma, adquirirían gran importancia (Palacio & Sáez, 2001). Las aulas debían

⁴⁴ High/Scope Perry Preschool Program. 1962.

de ser espaciosas, estar bien iluminadas, limpias y aireadas, sus patios de recreo no debían presentar obstáculos que entrañaran riesgos de accidentes, y los contenidos escolares, debían ofrecer al alumnado información sobre buenas prácticas de salud. Esto respondía únicamente, y en un primer momento, a la dimensión física de la salud, dejando de lado la dimensión psíquica y social (Gavidia, 2002). Y precisamente, una de las virtudes que tiene el concepto de salud la OMS de 1946 en su aplicación en la escuela, radica en el hecho de señalar la necesidad de atender las tres dimensiones citadas, para desarrollar una acción educativa sanitaria efectiva y productiva (Gavidia, 2001).

De la misma forma, haciendo referencia a los aspectos curriculares, se ha observado que materias tradicionales como matemáticas o geografía han tenido más empuje en la educación que otros aspectos también importantes como el ambiente emocional y social, poniendo más esfuerzos en la parte de enseñanza, que en la de aprendizaje. A lo largo de los años, estas ideas han evolucionado, de la misma forma que también lo ha hecho el concepto de salud, hasta considerar a la escuela como un sistema de elementos interdependientes, que además de la planta física, incluye también estos otros aspectos mencionados. Por eso, la promoción de la salud en la escuela comienza a formar parte de una visión integral de ésta, que considera a los niños y niñas dentro de su entorno familiar, comunitario y social (Palacio & Sáez, 2001).

Así, en este escenario aparece el movimiento de Escuelas Saludables. La iniciativa surge en la década de los noventa, impulsado por la OMS, UNICEF y UNESCO (1990), tratando de conseguir los preceptos de la Carta de Ottawa (Restrepo, 2001b; Palacio & Sáez, 2001). Cabe recordar nuevamente, que una de las prioridades de ésta, reside en la creación y mantenimiento de entornos y ambientes seguros y saludables donde se pueda vivir y hacer realidad las premisas de salud. Además, dicho entorno, debe entenderse con una doble vertiente, por un lado, como posible fuente de enfermedad, y, por otro lado, como factor influyente en la adopción de determinadas conductas. En ello radica precisamente su trascendencia y la necesidad de actuar sobre él (Gavidia, 2002).

Una Escuela Saludable se define como aquella que posee un ambiente sano donde se aprende de una manera saludable y solidaria con el medio. Este tipo de escuela tiene en cuenta la concepción de salud establecida por la OMS (1946) procurando un

ambiente sano, pero desde una perspectiva integral, atendiendo a la dimensión no sólo física del centro (estructura, iluminación, ruido, entre otras), sino también psíquica (clima de trabajo en el aula directamente relacionado con el proceso de enseñanza-aprendizaje) y social (atmósfera que posee el centro, creada por los estamentos participantes) Gavidia (2001). En relación con estas dimensiones mencionadas, este mismo autor recapitula los aspectos que caracterizan a este tipo de escuela (Tabla 3).

Tabla 3. Aspectos que caracterizan una Escuela Saludable. Elaboración propia.

Dimensión	Descripción
Dimensión física	<ul style="list-style-type: none"> • Cuida su infraestructura de tal modo que intenta que se convierta en un lugar cómodo y agradable tanto para el profesorado como para el alumnado: árboles y arbustos en el patio, macetas con plantas en las aulas, paredes convenientemente pintadas y decoradas, etc. • Posee armarios, percheros, sillas y mesas ergonómicas que se encuentren en buen estado y son adecuadas al tamaño de quienes las usan. • Los lavabos y aseos están limpios y tienen espejos, papel higiénico, jabón, toallas o secadores eléctricos, etc. de forma que puedan ser utilizados sin restricciones. • El servicio de limpieza funciona y se observa la colaboración del alumnado en el mantenimiento del edificio: papeleras, suelos sin trozos de tiza ni comida, etc. • La iluminación de los espacios, así como la calefacción y la ventilación son las adecuadas, ventanas a la izquierda, etc. • Las aulas de estudio y el patio de recreo tienen una superficie apropiada para el número de alumnos. • No existen barreras arquitectónicas que dificulten la movilidad de personas con minusvalías, sin que esto signifique que no existan elementos protectores o de seguridad. • Los accesos al centro están vigilados y con las indicaciones de semáforos o señales de tráfico adecuadas. • Se desarrollan, al menos de manera informativa-preventiva-normativa, los temas de salud que más preocupan en la actualidad.
Dimensión psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • Es sensible a las señales emitidas por el alumnado, a veces no expresadas verbalmente por su incapacidad de exponer sus propias necesidades, y las trata adecuadamente incluyéndolas en su currículo escolar. • Atiende, en la elaboración de sus programaciones, a la adquisición de conceptos, habilidades y actitudes que permitan a los alumnos y alumnas realizar actuaciones de manera individual y colectiva que mejoren la calidad de vida.

	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza una metodología didáctica basada en situaciones problemáticas que afectan directamente al alumnado, de manera que su solución potencia su autoestima y su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida. • Desarrolla las capacidades necesarias para identificar los factores de riesgo, asociar el riesgo al daño y reconocer las raíces de la enfermedad y del malestar. • Evita las situaciones amenazantes, y no utiliza el castigo como instrumento de aprendizaje, ni los exámenes como arma de castigo, antes bien los consideran como una situación de reflexión conjunta alumnos-profesores, sobre lo realizado en el aula.
Dimensión social	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan actividades que favorecen las relaciones personales entre profesores y alumnos. • Se facilitan vehículos de expresión para todas las personas que viven el centro (tablonés de anuncios, revistas, participación en los órganos colegiados del centro, etc.), de forma que se pueden emitir opiniones, sentimientos, ideas, que colaboren en el buen gobierno de la institución. • Las decisiones cotidianas se traducen en una visión crítica y solidaria con el medio (elección del tipo de papel, posibilidades de reciclado, grado de utilización de la corriente eléctrica, del agua, etc.). • Se reconoce el papel ejemplarizante del profesorado y del personal no docente, lo que obliga a éstos a cuidar determinadas pautas de conducta, especialmente durante su estancia en el centro. • Se promocionan ciertos hábitos de vida procurando hacer fáciles los comportamientos saludables (alimentación equilibrada en el comedor, posibilidad de higiene bucodental después de las comidas; ducha después del ejercicio físico, etc.). • Dispone de orientación psicopedagógica para atender a todo el alumnado. • Se realizan revisiones de salud y las vacunaciones necesarias para una acción preventiva, que se contextualizan dentro de las actividades de enseñanza-aprendizaje de forma que no aparezcan como un elemento anecdótico.

Fuente: Gavidia, 2001.

Resumiendo, la Escuela Saludable tiene en cuenta estas tres dimensiones, no sólo para generar salud, sino para garantizar la efectividad del proceso enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, para conseguir los objetivos de salud fijados por la Comunidad Internacional, no es suficiente con las características de la escuela saludable, sino que se requiere de otras estrategias promotoras de actitudes y conductas saludables, y la colaboración en las medidas comunitarias que tiendan a conseguir una mejora en el ambiente y un cambio en la consideración social de ciertos comportamientos. Por eso, la escuela saludable da un paso más allá, tratando de integrar el centro educativo en la sociedad (Gavidia, 2001).

Así, la OMS, junto con la Comisión de la Unión Europea (CUE), y el Consejo de Europa (CE), realizan el lanzamiento de la Iniciativa Global de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) en 1995. Este modelo de escuela está fundamentado en la promoción de la salud como un enfoque de desarrollo integral del alumno, tratando de aportar a través de la EpS habilidades para la vida (Gavidia, 2001). Trata de promover, fomentar y permitir la adquisición de habilidades personales y sociales que conduzcan a crear valores y actitudes positivos hacia la salud, desde la propia capacidad de toma de decisiones personales, la participación y la igualdad, acorde siempre con el desarrollo intelectual, físico y mental del niño/a (García, 1998).

La escuela pasa entonces de la visión de transmisión de información, a la consecución de actitudes y motivaciones que faciliten la modificación de conductas, en un intento de educar la responsabilidad que cada uno tiene con su propia salud, teniendo en cuenta el entorno en la calidad de vida de su alumnado, y la necesidad de intervenir en él como una acción de responsabilidad social, a la par que cumple su función educativa. La escuela promotora de salud contribuye a establecer y consolidar las políticas saludables instituidas por la administración, ayuda a reforzar las acciones comunitarias, esforzándose para que éstas no queden entre las paredes del aula, propicia que el alumnado sea agente activo de salud, intenta difundir conocimientos de salud en la sociedad y modificar comportamientos de riesgo (Gavidia, 2001).

Es interesante detenerse aquí y resaltar esta modalidad de escuela, conocida desde 2008 como Red de Escuelas para la Salud en Europa (SHE), ya que está considerada como la mayor red internacional de promoción de la salud en la escuela, que ha tratado de dar un paso más allá para la integración de los preceptos de la Carta de Ottawa (1986). La red está coordinada, desde Europa, por el *Instituto para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades* (NIGZ)⁴⁵, como Centro Colaborador de la OMS para la Promoción de la Salud Escolar, y desde España, por el Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa, del Ministerio de Educación, como coordinador nacional (IFPIIE, n.d.).

Dicha plataforma está formada por 45 países⁴⁶ de la Región Europea, que tiene como objetivo principal apoyar a organizaciones y profesionales en el campo del desarrollo y

⁴⁵ Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevorderingen Ziektepreventie

⁴⁶ Dato extraído de la última actualización de la web oficial de SHE 2016.

mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela, fijando políticas activas para apoyar a sus países miembros, así como facilitar el intercambio de información y acceso a las buenas prácticas entre estos, ayudando a elevar el perfil y compromiso con la promoción de la salud (IFPIIE, n.d.; Monsalve, 2013, p.372). Esta colaboración contribuiría a minimizar la duplicidad de esfuerzos, y proporcionaría un marco que fomenta la innovación, ayudando a los profesionales y organizaciones interesadas, a encontrar un apoyo para la puesta en marcha de proyectos y acciones escolares (IFPIIE, n.d.).

Las escuelas deben cumplir unos requisitos para poder formar parte de la red. Entre ellos se destaca tener un compromiso de participación de 3-5 años; estar preparados para seguir las directrices de lo que implica ser una escuela promotora de salud; asignación de recursos locales para sus iniciativas; identificación de la salud promoviendo actividades escolares como una prioridad clave; establecimiento de alianzas intersectoriales con grupos locales relevantes; hacer frente a los problemas de salud locales en el contexto de las cuestiones más amplias de Europa; desarrollo de las prácticas con alta calidad; implementación de acciones para mejorar la salud de los jóvenes; mantenimiento de los principios de la responsabilidad ecológica y social para la salud personal y comunitaria; gestión eficaz del proyecto; evaluación y difusión de resultados (Leger, 1999).

El enfoque de esta modalidad de escuela está basado principalmente en cinco valores fundamentales adoptados por la red en 2008 y ratificados en su plan estratégico 2013-2016 (Buijs, 2013, p.3):

- Equidad: acceso igualitario a todo tipo de oportunidades en educación y en salud.
- Sostenibilidad: salud, educación y desarrollo deben estar unidos. Así, las escuelas actúan simultáneamente como centros de aprendizaje académico y desarrollo hacia una visión responsable sobre el papel del alumno en la sociedad.
- Inclusión: las escuelas deben asegurar la diversidad y comprender verdaderas comunidades de aprendizaje, basadas en la confianza y el respeto.
- Empoderamiento: capacitación de toda la comunidad educativa para la participación activa en la consecución de objetivos de salud.

- Democracia: la escuela debe perseguir valores democráticos y practicar el ejercicio de los derechos y deberes.

Y estos valores están asentados en otros cinco pilares:

- Participación significativa por parte de toda la comunidad educativa con objeto de favorecer el sentimiento de pertenencia.
- Calidad educativa, ya que el alumnado saludable aprende mejor, y el profesorado y el personal saludable trabajan mejor y encuentran mayor satisfacción laboral.
- Evidencia: la escuela debe estar informada sobre investigaciones existentes sobre promoción de salud escolar.
- Colaboración activa entre escuela y comunidad, constituyéndose como agentes del fortalecimiento del capital social y la alfabetización en salud.
- Enfoque global sobre salud: debe existir coherencia entre políticas y prácticas educativas reconocidas y comprendidas por toda la comunidad escolar.

Se podría afirmar que estos aspectos han sido fruto de los diferentes encuentros que han tenido lugar desde que surgió la escuela promotora de salud. Así, en la Primera Conferencia Europea sobre Escuelas Promotoras de Salud, Grecia (1997), se definieron los principios para la promoción de la salud en las escuelas. Partiendo de la Carta de las Naciones Unidas de los Derechos del Niño (1990), se determinaba que toda la población infantil y juvenil tenía el derecho a la educación, la salud y la seguridad, así como el derecho a ser educada dentro de una escuela promotora de salud. En la Segunda Conferencia, Holanda (2002), se enfatizó la importancia de la colaboración entre los sectores educativo y sanitario.

La Tercera Conferencia Europea, Lituania (2009), con el lema “Escuelas Mejores a través de la Salud”, pretende dar un paso más con acciones comunes intersectoriales e internacionales, con objeto de hacer de la escuela, un lugar mejor donde aprender y trabajar (IFPIIE, n.d.). En 2013 (Dinamarca), a través de la cuarta y más actual de las conferencias, se pretende consolidar y fortalecer políticas y prácticas en el campo de la promoción de salud en las escuelas, teniendo en cuenta aspectos clave como la

sostenibilidad, la inclusión social, la innovación y el cambio⁴⁷. A su vez, en la V Asamblea de la SHE (2013), celebrada en la misma ciudad, se ratificaban los valores y pilares de la red en su plan estratégico 2013-2016 (Buijs, 2013).

En definitiva, a través de estos y otros encuentros que han venido teniendo lugar, queda patente el interés por la integración de la promoción de la salud en el entorno escolar, y la importancia de desarrollar políticas de salud escolares, así como la participación conjunta de ambos sectores, educativo y sanitario. Pero, conocer cómo se ha llevado a la práctica desde entonces y en qué momento nos encontramos, así como el tipo de programas que se han llevado a cabo en nuestro entorno, son cuestiones importantes para esta tesis que creo conveniente desarrollar en los siguientes apartados.

2.5. Perspectivas de la promoción de salud en la escuela como parte del marco estratégico de políticas europeas de progreso

El cambio de paradigma en el concepto de salud, así como las evidencias de los determinantes y posteriores aportaciones teóricas sobre conductas de salud, han sido, sin duda, el motor de las numerosas intervenciones y reformas legislativas que se han ido dando a lo largo de estas últimas décadas. Como hemos visto, los medios y actuaciones del sistema sanitario están orientados desde entonces y prioritariamente, a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, convirtiéndose la escuela en uno de los entornos clave para llevar a cabo intervenciones promotoras de conductas saludables a través de diferentes programas como estrategia de salud.

Desde la Comisión Europea, en su último Informe “Invertir en salud” (2013)⁴⁸ se constata la importancia de hacer prevención y promoción de la salud en los distintos grupos de edad a lo largo de toda la vida en los diferentes ámbitos, laboral, sanitario, social, y escolar (incluyendo la educación sanitaria en los programas escolares). Recalca que

⁴⁷ Extraído de First Announcement “Equity, Education and Health”. The 4th European Conference on Health Promoting Schools, 2013.

⁴⁸ Documento que complementa la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Informe final del Documento de Trabajo “Invertir en Salud”: Hacia la Inversión Social para el crecimiento y la cohesión, incluyendo la aplicación del Fondo Social Europeo 2014-2020.

este tipo de intervenciones generan grandes beneficios a largo plazo, ya que mejora los resultados de salud, evita miles de muertes prematuras y enfermedades crónicas y reduce costes de tratamiento elevados; por lo que la promoción de la salud debe ser considerada como una inversión. Pero, al mismo tiempo, confirma que actualmente, se está dando poca importancia a la promoción de la salud en términos presupuestarios. Solo alrededor del 3% de los gastos de salud actual en Europa se asigna a programas de salud y prevención pública. En otras palabras, la mayoría de los Estados miembros no tienen en cuenta en sus políticas, las oportunidades de ganancias sustanciales en la prevención y promoción de la salud, tan importante por su influencia en los determinantes ambientales, económicos y sociales.

Es importante detenerse aquí, ya que con este documento la Comisión Europea está reconociendo el papel de la promoción de la salud como parte del marco estratégico de políticas europeas de progreso, al mostrar cómo la inversión en salud contribuye al crecimiento. Queda confirmado que la salud, además de ser un valor en sí misma, se convierte en una condición indispensable para el desarrollo y para la prosperidad económica. Por eso, con esta certeza, la Comisión requiere que los gobiernos reevalúen la importancia de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, desarrollando una política sanitaria eficaz de planteamiento global, que incluya el ámbito educativo (“Investing in Health Commission”, 2013).

Dado el potencial para contener la carga y el costo de la enfermedad a largo plazo, la UE sigue apostando por la promoción de la salud como parte importante de la estrategia general de desarrollo hacia una “Europa 2020”, como táctica para “un crecimiento inteligente, sostenible e integrador”. Parte de la base de que mantener a las personas sanas y activas durante más tiempo y capacitarlas para asumir un papel activo en la gestión de su propia salud, tiene efectos positivos en ésta a nivel general, en la reducción de las desigualdades sanitarias, así como en la calidad de vida, la productividad y la competitividad, al tiempo que se reduce la presión en los presupuestos nacionales (“Reglamento (UE) núm. 282/2014 del Parlamento Europeo”, 2014).

En este contexto, cabe referirse al Tercer Programa⁴⁹ de acción comunitaria de la Unión en el ámbito de la salud (2014-2020). Dicho Programa es el principal instrumento con

⁴⁹ El Primer Programa de acción comunitaria en el ámbito de salud tuvo lugar en 1996-2008 y el Segundo Programa, se desarrolló entre 2008-2013.

que cuenta la Comisión Europea para llevar adelante la Estrategia de Salud de la UE. Está basado en la evaluación positiva de los anteriores programas y en las recomendaciones de las auditorías y evaluaciones externas, en particular las recomendaciones emitidas por el Tribunal de Cuentas Europeo en su Informe Especial núm. 2/2009, entre las que se indicaba que, para el período posterior a 2013, el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión, deberían reconsiderar el alcance de las actividades en materia de salud pública y el enfoque de la financiación de la Unión en este ámbito. Además, el informe de 2009 de la OMS sobre la salud en Europa señalaba que existe margen para aumentar la inversión en salud pública y sistemas de salud. Desde esta perspectiva, se anima a los Estados miembros a establecer la mejora de la salud como una prioridad en sus programas nacionales y que aprovechen mejor las posibilidades de financiación de la Unión en este ámbito. Por consiguiente, el Tercer Programa (2014-2020), que cuenta con un presupuesto total de 449,4 millones de euros, debe facilitar la incorporación de sus resultados en las políticas nacionales en materia de salud (“Reglamento (UE) núm. 282/2014 del Parlamento Europeo”, 2014).

En resumen, el planteamiento estratégico de la UE de aquí al 2020, es lograr que la economía sea “inteligente, sostenible e integradora”, y para ello presenta como uno de los requisitos, el buen estado de salud de la población. Europa necesita inversiones inteligentes en salud: invertir en sistemas de salud sostenible, en cobertura sanitaria para reducir las desigualdades y luchar contra la exclusión social, y por supuesto, invertir en las personas, especialmente a través de programas de promoción de la salud (“Investing in Health”, 2013).

Es necesario, según el Parlamento Europeo y el Consejo de la UE, que hasta 2020 se incremente la implicación de los Estados miembros que participan en la promoción de la salud, a través de intervenciones y acciones bien definidas, con claro y probado valor en lo que respecta a medidas rentables de promoción de salud, concentrando el apoyo en áreas prioritarias, teniendo en cuenta los principales factores de riesgo para la salud relacionados con los estilos de vida (“Reglamento (UE) n° 282/2014 del Parlamento Europeo”, 2014).

En este sentido, hay una amplia gama de acciones probadas que, atendiendo a las recomendaciones de la Comisión Europea, se pueden y se deben emplear por las autoridades en los diferentes entornos y áreas prioritarias de actuación, como es el caso

de la escuela, destacando, en este caso, la educación para la salud en los planes de estudio (“Investing in Health”, 2013).

2.6. Factores facilitadores y limitadores de la implementación de la promoción de salud en la escuela

Según la OMS, los programas de salud escolar aplicados a través de escuelas promotoras de salud pueden hacer frente en todo el mundo a muchos de los grandes desafíos sanitarios, como por ejemplo VIH e infecciones de transmisión sexual, violencia y traumatismos; embarazos no deseados, problemas en la alimentación, salud bucodental, entre otros. Los programas de salud escolar que coordina la prestación de servicios educativos y sanitarios, y favorecen la creación de un entorno sano, pueden convertirse en uno de los medios más eficaces al alcance de casi todos los países del mundo para mejorar el bienestar de las poblaciones (WHO, 1997c).

En este sentido, cabe destacar nuevamente el Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y EpS para la Comisión Europea (IUHPE). Dicho documento remarca que existe una evidencia concluyente en el beneficio obtenido a través de las intervenciones de promoción de la salud en los centros de enseñanza, siempre que se cumplan unas condiciones en las intervenciones (IUHPE, 2000b):

- Las intervenciones dirigidas a la actividad física redundan en resultados positivos cognitivos, sociales, conductuales y, en algunos casos, biológicos. Pero esto se da siempre que la intervención esté integrada en el plan de estudios, sea de amplio alcance, y las políticas alienten la participación y exista colaboración con los otros miembros de la comunidad (como proveedores locales de deportes y recreación, entre otros); también es necesario que el personal que dirige el programa esté convenientemente formado; y que se asigne tiempo suficiente, se realice regularmente y existan instalaciones y recursos de calidad.
- Las intervenciones basadas en la sexualidad en los centros de enseñanza evidencian una reducción de embarazos no deseados y disminución de enfermedades de transmisión sexual. En la misma línea que con las acciones

destinadas a la actividad física, estos programas son sensibles si están dirigidos por personal bien formado; si los estudiantes tienen oportunidades de hablar y discutir sobre sus sentimientos y opiniones dentro de la comunidad y en casa; si el contenido y los temas se plantean a las edades y al nivel de madurez oportuno; y cuando los programas están dirigidos a los aspectos positivos de la sexualidad, sin discursos alarmistas.

- En conductas relacionadas con la alimentación, se confirma la evidencia existente en cuanto a la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud multifacéticas (desarrollo de habilidades, apoyos políticos), y orientadas a la dinámica de la comida y comer bien, ya que pueden mejorar las prácticas nutricionales de los jóvenes.
- Las intervenciones educativas implantadas en el campo de las drogas retrasan la mayoría de las veces el comienzo del consumo, y obtienen una reducción a corto plazo de los consumidores, siempre y cuando los programas tengan un diseño sólido orientado al desarrollo de habilidades específicas para rechazar la droga, se hagan sesiones de seguimiento, se asigne un tiempo considerable en el plan de estudios, y existan interacciones con la comunidad y políticas y prácticas de apoyo y esfuerzo en el escenario escolar.

Como se observa, está demostrado a nivel práctico que las actividades de promoción de la salud escolar bien planificadas, integradas en los programas escolares, y que cuentan con profesionales formados para la acción, y el apoyo de la comunidad y de recursos e iniciativas políticas; logran mayor eficacia. Pero la realidad es muy diferente y existen numerosos estudios que ponen de manifiesto los obstáculos que ha habido y sigue habiendo para la implementación de la Promoción de Salud en la escuela. En esta línea, la IUHPE (2000b) concretaba las causas evidenciadas por las que la mayoría de los programas de salud en el entorno escolar han fracasado. Entre éstas destacan los programas que se desarrollan en respuesta a una crisis percibida puntual (especialmente los acompañados por tácticas y alegatos alarmistas); aquellos en que la participación del centro de enseñanza está poco coordinada y carece de recursos de apoyo; o bien programas basados en portavoces y recursos externos, con poca implicación de la plantilla del centro de enseñanza, y poca o ninguna formación de profesores.

El informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (1997) también llegaba a similares conclusiones, exponiendo la falta de desarrollo de programas de salud en casi todos los países, tal vez por la escasez de recursos, de profesionales cualificados, o falta de voluntad política; avanzando más en la idea de un enfoque integral de los programas de salud escolar o de una escuela “promotora de salud”, que en su puesta en práctica (WHO, 1997c). Las cinco grandes barreras detectadas en dicho Informe se describen en la siguiente tabla (Tabla 4).

Tabla 4. Barreras detectadas en el Informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (1997). Elaboración propia

Barrera	Descripción
Visión inadecuada y falta de planificación estratégica	Una visión clara de los beneficios potenciales de los programas de salud escolar y cómo podrían ser realizados. Tal visión es necesaria para motivar el desarrollo e implementación de soluciones, para lograr culminar intervenciones con éxito. Una vez que una visión se ha articulado, se requiere una cuidadosa planificación estratégica para que sea real. Una visión sin un plan es sólo un sueño, mientras que un plan separado de una visión no tiene vida ni mecánica. Lo uno sin lo otro, no puede producir ningún resultado positivo y duradero.
La falta de comprensión y la aceptación de los programas de salud escolar	La necesidad de programas de salud escolar y las nuevas tecnologías educativas, médicas y medioambientales que implican éstos, no ha sido ni bien entendido, ni apoyado por los tomadores de decisiones en los organismos internacionales, nacionales y locales influyentes, o por el público en general. De hecho, este tipo de programas generan controversia, en la medida en que están destinados no sólo para enseñar a los escolares, sino también, al personal del centro, padres y miembros de la comunidad, para hacer cambios específicos en su comportamiento. Incluso si se está de acuerdo en que tales cambios son de mérito, a menudo, son vistos como secundaria a otras prioridades.
Insuficiente colaboración y la coordinación entre los responsables	Para que la salud y la educación estén estrechamente vinculados, puede ocurrir sólo si el progreso de los ministerios de salud y educación, así como sus representantes, colaboran. Sin embargo, incluso esto no es suficiente, ya que, demasiado a menudo, los Ministerios de Salud y Educación, son los ministerios menos financiados y atendidos. Además, dado que las organizaciones no gubernamentales han desempeñado un papel importante en la mejora de la salud y la educación de los jóvenes, y dado que puede convertirse en un recurso aún más importante, su colaboración efectiva debe ser obtenida.
La falta de sentido de propiedad, responsabilidad y	Sin un sentido de propiedad de un proceso de cambio, es difícil convencer a los participantes a sentir responsabilidad. Sin un

rendición de cuentas por las acciones a mejorar programas de salud escolar	sentido de la responsabilidad, es difícil esperar la rendición de cuentas. Sin rendición de cuentas, es prácticamente imposible saber si se está logrando éxito o cómo adaptar lo que se está haciendo. Esta relación se mantiene en todos los niveles. Cuando los gobiernos declaran que los programas de salud escolar es la responsabilidad de las escuelas, pero no les dan los recursos necesarios, se crea una barrera. Cuando los directores de escuelas y los directores colocan la responsabilidad para el cambio en los maestros, sin permitir que ayuden a determinar la dirección y los procesos para ese cambio, el sentido de pertenencia es deficiente, y se crea una barrera. Del mismo modo, en las colaboraciones intersectoriales, cuando los papeles de los participantes no están bien definidos y nadie se siente una parte legítima del proceso, se crea una barrera.
La falta de recursos (recursos financieros y humanos, materiales y de infraestructura de la organización)	La provisión de recursos para la salud y la educación de los niños y adolescentes a menudo se da una prioridad baja, lo que socava el logro de los resultados educativos y de salud. Muy pocos maestros y personal de la escuela son formados y entrenados en los conceptos generales de los programas de salud y pocas escuelas tienen las habilidades para ponerlas en práctica. Materiales para educar acerca de la salud, tales como guías del plan de estudios y de formación, no están disponibles en muchas escuelas, una situación que hace que tanto la salud y la educación imposible.

Fuente: (WHO, 1997c)

Dicho esto, entre las recomendaciones que hacía el Comité de Expertos en el referido Informe cabe destacar: la necesidad de desarrollar políticas, legislación y directrices para garantizar la inversión y la movilización de los recursos a nivel local, nacional e internacional, con objeto de apoyar la salud de la escuela, y proporcionar un ambiente de aprendizaje seguro para los estudiantes, y un lugar de trabajo seguro para el personal, que permita aprender habilidades críticas para la salud y la vida.

También se alude a la necesidad de coordinación entre la comunidad y la escuela para apoyar la salud y la educación. Los programas de salud escolares deben estar bien diseñados, monitorizados y evaluados para garantizar su aplicación y resultados exitosos. Y, por último, el apoyo internacional debe seguir desarrollándose para mejorar la capacidad de los Estados Miembros, las comunidades locales y las escuelas, para promover la salud y la educación (WHO, 1997c; Birdthistle & WHO Dept. of Health Promotion/NCD Prevention and Surveillance, 2000).

2.7. Promoción de la salud en la escuela. Avances conseguidos

2.7.1. *Ámbito general de España*

Acercándonos a la realidad de la implementación de promoción de salud en la escuela a nivel estatal, y haciendo un análisis sobre los avances conseguidos, podemos comprobar que han sido muchas las dificultades y conflictos hallados en la práctica diaria de ambos ámbitos (educativo y sanitario), en lo que se refiere a la educación para la salud en el entorno escolar, siendo considerable la evidencia encontrada respecto a ello.

Desde 1989, el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; y el Ministerio de Sanidad y Consumo tienen firmado un convenio de colaboración para promover la educación y la promoción de la salud en la escuela. Perseguía tres objetivos principales: apoyar la formación de los docentes, promover experiencias innovadoras en los centros escolares en colaboración con el sector sanitario, y elaborar materiales didácticos adecuados (Monsalve, 2013). Este convenio inicial y la contribución de las Comunidades Autónomas, a través de la colaboración de las Consejerías de Sanidad y Educación, Ayuntamientos y/o fundaciones privadas, han facilitado llevar a cabo acciones conjuntas y sensibles progresos en el campo de la promoción de salud en la escuela, pero como veremos en las siguientes líneas, con numerosas limitaciones.

Desde el marco de la Red de Escuelas para la Salud en Europa (SHE)⁵⁰, la participación se ha realizado de diversas maneras. Mientras que algunas comunidades crearon sus propias redes de escuelas promotoras de salud, otras, se fueron integrando en la actual red mediante diferentes convocatorias. El estado español entró a formar parte en 1993, lo que implicaba garantizar un compromiso y una cooperación entre las autoridades educativas y sanitarias al más alto nivel, descendiendo hasta llegar a nivel de las escuelas que querían adherirse (Lázaro, 2012). La primera reunión de la Red tuvo lugar en Granada (1995). En 1996 se desarrolló un proyecto piloto con el fin de difundir la idea. En ese momento, 85 escuelas fueron incluidas en el proyecto. En 2001 se amplió formalmente a 160 escuelas en siete comunidades autónomas. En 2015 había en

⁵⁰ Conocida como Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) antes de 2008.

España 400-450 escuelas promotoras de la salud, siendo las regiones más activas, Aragón, Canarias, Cantabria y Navarra⁵¹. La adscripción a la red está abierta para cualquier organización o profesional con intereses en las escuelas y en la salud. Ofrece a dichos centros una serie de apoyos para desarrollar sus proyectos: acreditación como Escuela Promotora de Salud y homologación de acuerdo a los criterios impulsados por la propia red; subvención económica del Departamento de Salud y Consumo para apoyar las situaciones específicas de cada centro; asesoramiento y seguimiento por parte de una Comisión Mixta Salud-Educación; recursos y materiales didácticos de educación para la salud de la Dirección General de Salud Pública; participación en actividades de intercambio de experiencias y formación (Monsalve, 2013).

No obstante, diversos estudios ponen de manifiesto que esta red no está generalizada en todos los territorios, y que son limitados los centros educativos, que puntualmente se adscriben a la misma. En primer lugar, si tenemos en cuenta que en todo el territorio español hay 22.406 centros de Educación Infantil, 14.138 de Educación Primaria y 7.394 de Educación Secundaria, podemos concluir que el porcentaje de escuelas adscritas a la red es poco alentador⁵². En esta misma línea, un estudio llevado a cabo en 2010, que hacía una aproximación crítica a la situación de la red promotora de salud en la Comunidad Valenciana, confirmaba que, de 3.278 escuelas, sólo 44 pertenecían a la Red, y la mayoría de ellas se encontraba con obstáculos para desarrollar los programas, como falta de recursos, falta de formación del profesorado y falta de ayuda de profesionales externos (Monsalve, 2013). Según la autora, hace falta que el apoyo de la red para la promoción de la salud en la escuela se haga más manifiesto. A pesar de que la plataforma dispone de grupos de investigación que ayudarían a mejorar los programas de salud de los diferentes territorios, no se hacen muy visibles los resultados.

En 2008, un informe diagnóstico⁵³ sobre los avances conseguidos en promoción y educación para la salud en la escuela en España, describía claramente los obstáculos reales y percibidos en ambos ámbitos (educativo y sanitario), en cuanto a aspectos relacionados con su implementación. Aspectos referidos a recursos de coordinación,

⁵¹ Extraído de la web SHE network. Member countries. Enero 2016.

⁵² Datos extraídos del Registro Estatal de Centros Docentes no Universitarios (RDC). Gobierno de España. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Enero 2016.

⁵³ Trabajo desarrollado en el marco del Convenio establecido entre los ministerios de Educación, Política Social y Deporte y de Sanidad y Consumo para la Promoción y Educación para la Salud en la Escuela. Dicho informe constituye un ejercicio de consulta realizado entre 2006 y 2008.

formación del profesorado y otras actuaciones concretas que se analizan a continuación (Salvador, 2008):

- Como visión general, si bien es cierto que en la mayoría de las comunidades existe alguna estructura de coordinación (identificada según el territorio como Comisión mixta, Comisión técnica, Estrategia Conjunta, Comité de enlace, entre otras), no existe una política de subvenciones en todas que permita la implementación de acciones educativas en salud.
- En cuanto a la formación del profesorado, en dicho informe se evidenciaba que ésta se lleva a cabo, principalmente, desde los centros de Formación del Profesorado. Las Consejerías de Sanidad solo participan puntualmente en la oferta de alguna formación específica, lo que indica una falta de coordinación real entre los dos ámbitos en este aspecto.
- Las evidencias halladas en cuanto al tipo de temática, material y recursos para la educación sanitaria confirmaban que hay una insuficiencia también de éstos. La mayoría de las actuaciones se desarrollan en los ámbitos de educación sobre drogas, alimentación y salud afectivo-sexual. Se realiza en menor proporción actividades relacionadas con los ámbitos de bienestar y salud emocional, seguridad y prevención de accidentes. En lo que se refiere a los recursos de planificación disponibles, si bien es cierto que, en algunos territorios disponen de alguna guía específica para ciertos programas, y existe algún plan de formación, en diversos de ellos, lejos de ser integral, dicha formación es sólo para algunas intervenciones concretas, y en muchos de los centros, son los propios profesionales o la infraestructura de coordinación existente, la que supone el único recurso de apoyo disponible para planificar intervenciones de promoción y educación para la salud.
- Se exponían también otras dificultades añadidas y recurrentes en todos los territorios, tales como, la falta de motivación y de incentivación del profesorado, la sobrecarga de actividades (insuficiencia de tiempo, y escasos conocimientos en promoción y educación en salud por parte de las personas que ejercen las tareas de mediación en el ámbito de los centros escolares.

- En cuanto a la coordinación de los centros educativos con los servicios de salud de Atención Primaria, se apuntaba a la sobrecarga que soportan los profesionales de la salud en el desarrollo de las tareas habituales, como principal dificultad, que forzosamente los lleva a tener que poner mayor énfasis en responder a la presión asistencial soportada.
- Otra de las percepciones señaladas en lo que respecta a los dos ámbitos es que se realizan actividades de forma inconexa e incoherente; y que el proceso de evaluación es insuficiente, al centrarse mayormente en los procesos de aplicación, más que en los resultados obtenidos, lo que no permite revisar si las actuaciones desarrolladas son las adecuadas o requerirían mejoras concretas. Se apuntaba también, la falta de un enfoque comprensivo que considere indispensable la coordinación de los proyectos realizados en el ámbito educativo con los programas desarrollados en el contexto en que se encuentra la escuela.
- Y, por último, se echa en falta contemplar como necesario, las actuaciones en problemas de salud específicos que se dan entre el alumnado, tales como diabetes, celiaquía, alergias; o también higiene personal, incorporando aspectos de salud bucodental, tratamiento de piojos, higiene de la piel, entre otros. O bien actuaciones para fomento de la igualdad en todas sus vertientes (respeto a las diferencias, igualdad de género).

En dicho informe, cuando se preguntaba la opinión sobre en qué ámbitos sería necesario intervenir de manera prioritaria y cuáles se consideraban más desatendidos, se subrayaba: la necesidad básica de adoptar un enfoque holístico, donde se desarrollen programas que garanticen el equilibrio general en la atención de todos los ámbitos (actividad física, alimentación saludable, bienestar y salud emocional, educación sobre drogas, salud afectivo-sexual, seguridad y prevención de lesiones/accidentes) y priorización de aquellos ámbitos que respondan a las necesidades existentes localmente. En este sentido, se observaba que se requiere mayor atención en los ámbitos de bienestar y salud emocional y el de seguridad y prevención de lesiones. Asimismo, entre las necesidades percibidas por ambos sectores para potenciar la adopción de actuaciones y programas de promoción y educación para la salud en la escuela (PES) aparecían las medidas legislativas, es decir, la inclusión explícita dentro de las leyes de educación y el desarrollo de normativas, así como el

incremento de recursos destinados a la planificación de intervenciones en este tema. Y, por último, otro de los retos pendientes, es el establecimiento y desarrollo real de convenios de colaboración entre las Consejerías de Educación y las de Sanidad y la creación y operacionalización de equipos de trabajo multidisciplinar, que aseguren la realización de proyectos y actuaciones coordinadas.

Equivalentes resultados se repiten en otros estudios de la misma índole. Una investigación sobre la opinión de los profesores en cuanto a las principales dificultades encontradas para el desarrollo de la educación para la salud en los centros docentes destacaba: la necesidad de realizar demasiadas actuaciones basadas en la voluntariedad por falta de recursos existentes; la falta de formación específica en EpS en la escuela del profesorado en general, tanto en conocimientos como en metodología; la falta de un marco legal que obligue a cada centro a introducir la EpS dentro del proyecto educativo del centro; las dificultades de coordinación entre Educación y Sanidad; la falta de incentivos profesionales; la escasa implicación familiar; y el hecho de que el profesorado no se vea como agente de salud y considere que todo lo relacionado con la salud es tarea propia del personal sanitario (Talavera & Gavidia, 2007)

Asimismo, en una revisión de estudios publicados en la década 1995-2005 sobre EpS en la etapa infantil y primaria, se destacaba el bajo interés del profesorado en ello y la nula iniciativa por llevar a cabo intervenciones que promuevan la salud en la escuela. Además, los proyectos de promoción de la salud generalmente no se incluyen en el currículum, no se trabaja la salud del propio ambiente escolar y, aunque las intervenciones se extienden de alguna manera a la familia y a la comunidad educativa, se desarrollan fundamentalmente en el aula (Davó, Gil-González, Vives-Cases, Álvarez-Dardet, & La Parra, 2008).

Otra investigación realizada en Valencia durante el curso 2010-2011 sobre la percepción de la promoción de salud en el personal sanitario y docente, confirma la falta de participación, así como la falta de coordinación entre escuela, familia y ámbito sanitario. La opinión de los docentes es que la familia y el personal sanitario deben tener mayores responsabilidades que ellos mismos. Además, como principal obstáculo para su desarrollo, la mayoría de los profesores (74,6%) señalaban, como aspecto principal, el hecho de tener unos programas sobrecargados; mientras que el personal sanitario

(41,2%) daba mayor importancia a las dificultades de coordinación intersectorial (Talavera & Gavidia Catalan, 2013).

En un estudio preliminar más reciente sobre cómo se desarrolla la EpS en los centros escolares de Almería, se confirma que existe una gran diversidad a la hora de tratarlo en el ámbito escolar: hay escuelas en la que no se realizan actividades explícitas de promoción de salud, o bien se realizan actividades de forma puntual y descontextualizada; aunque se programan intervenciones, con frecuencia no se incentiva lo suficiente o se abandona el seguimiento a lo largo del curso; asimismo, a pesar de que la salud está en los objetivos de las programaciones de la etapa infantil, primaria y secundaria, no se trabaja de forma integral; en muchos de los programas de “Escuelas Saludables” predomina el enfoque informativo, de transmisión de información de conocimientos, pero se da menos importancia a los aspectos conductuales, emocionales y sociales (Garzón, 2015, p.152).

Estas investigaciones evidencian sin duda las deficiencias que se reflejaban ya en el Informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (1997), y en el IUHPE (2000) con respecto a la implementación de la salud en la escuela, por lo que se puede deducir que se ha dado un avance exiguo en estos años.

2.7.2. Ámbito delimitado de Cataluña

En el contexto catalán se repiten los mismos resultados. Una de las primeras intervenciones se pone en marcha en 1990 con el “Programa Educació per a la Salut a l’Escola” (PESE). Entre sus objetivos principales estaba crear relaciones entre el personal sanitario, técnicos municipales y comarcales y los responsables del programa; integrar programas sanitarios de prevención y promoción de la salud en la dinámica de la Escuela; e introducir en la formación inicial y formación permanente contenidos de prevención y promoción (Fontanet, 2007).

Sin embargo, las intervenciones se han llevado a cabo de forma desigual y no se ha implementado en todas las escuelas, incluso la implicación ha sido diferente en los diversos centros escolares. Asimismo, no ha habido delegaciones territoriales responsables del programa que coordinen las actividades en las escuelas de su

demarcación, y la colaboración entre los departamentos de Enseñanza y Sanidad no ha sido sistemática (Juvinyà, 2008). Esta misma autora, quien exploró el papel del profesorado en la EpS en la escuela en la ciudad de Gerona, confirmaba que el PESE era poco conocido por más de la mitad de los profesores. Asimismo, referente al trato de temas de salud en el aula, más del 50%, consideraba tener poca preparación, y únicamente el 20% afirmaba haber tratado aspectos relacionados con la salud como actividad complementaria de alguna asignatura a lo largo de su formación universitaria. Por último, la mayoría del profesorado no ve claro su ejemplar en la escuela, de tal forma que pueden transmitir patrones o modelos de conducta no del todo saludables y entrar en contradicción entre lo que dicen en clase y lo que ocurre fuera del aula, al no ser conscientes de que pueden ser imitados.

En el año 2008 se implanta el “Programa Salut i Escola” (PSiE), en el que participan profesionales adscritos a los recursos asistenciales de Atención Primaria existentes en las regiones sanitarias, así como los recursos territoriales en educación y en salud pública (Salvador, 2008). El programa trabaja sobre cuatro áreas específicas en relación con la salud de los jóvenes (salud mental, salud afectivo-sexual, salud alimentaria y prevención de adicciones) tratando de aumentar el trabajo coordinado entre el sector sanitario y el educativo a través de estrategias como la “consulta oberta” en los centros de educación secundaria, donde el profesional de enfermería ha tenido y tiene un alto protagonismo al dedicar un tiempo de su jornada laboral para acudir al centro y a realizar actividades de promoción, prevención y detección de conductas de riesgo (Corominas, Prats i Coll, & Coll, 2008).

No obstante, según el informe evaluativo del Programa para el curso 2012-13, estas intervenciones también han sido desiguales en los diferentes territorios y centros escolares, y únicamente abarca a dos cursos de la educación secundaria (3º y 4º de la ESO). Asimismo, el porcentaje de participación en el PSiE de los centros escolares ha ido disminuyendo. Por ejemplo, en la ciudad de Barcelona, de un 82,9% en el curso 2008-09 hasta un 47,4% en el curso 2010-11, y la mayoría de las actividades de promoción de la salud han sido realizadas y dirigidas por un profesor/tutor. Tampoco hay establecido un sistema de conexión entre las consultas realizadas en la escuela y las actividades que se llevan a cabo, que no han estado relacionadas con la temática de las consultas realizadas (Ariza & Continente, 2014). Y, en el último informe para el curso 2016-17 se concluye que el Programa presenta un estancamiento en lo que se refiere a

actividades preventivas. A pesar de que éstas han aumentado, persiste el descenso en el número de centros participantes (Ariza & Serral, 2018).

Recientemente, nace en 2010 el “Pla Salut, Escola i Comunitat” (PSEC), con carácter transversal al ampliar las actuaciones en promoción de la salud a todos los cursos de la ESO, así como a las etapas de Educación infantil y Primaria. Supone un paso más del mencionado PSiE para responder a los nuevos retos de salud en infancia y juventud. Con este Plan se trata de integrar diferentes actuaciones y programas de promoción de la salud que se realizan desde diferentes ámbitos en una misma estrategia de gestión, pero adecuados a cada etapa educativa (Cabezas et al., 2010). Los ejes en los que se centra el plan son cuatro: bienestar emocional; hábitos saludables; afectividad y socialización; seguridad y riesgos. Los objetivos que propone el Plan están bien delimitados:

- Mejorar la salud de niños/as y jóvenes mediante la realización de acciones que favorezcan la adopción de conductas positivas en pro de la salud individual y colectiva y la generalización de hábitos saludables.
- Proponer un marco común de referencia para la coordinación de acciones de promoción y educación de la salud de los diferentes ámbitos implicados en el territorio.
- Implicar entidades e instituciones en proyectos de promoción y educación de la salud.
- Llegar al conjunto de la población infantil y juvenil a partir de la mejora del trabajo en red entre los servicios y recursos de cada territorio.

No obstante, desde que se puso en marcha el plan, hay escasos registros sobre experiencias de implantación activa.

2.8. Indicadores de garantía de éxito para la implementación de la promoción de salud en el entorno escolar

A través de los apartados anteriores se observa que la educación para la salud puede ser el medio más económico y más eficaz para mejorar la salud de los alumnos y, por

consiguiente, su rendimiento académico. Tiene además ventajas educativas, sociales y políticas, tanto para el alumnado como para la escuela, como para la familia, la comunidad, y la nación en general. Multitud de estudios han confirmado que, mediante programas integrales de educación sanitaria, cuidadosamente diseñados y aplicados, es posible obtener ingentes beneficios en salud (WHO, 1997b). Sin embargo, también se observa que la realidad de los programas de salud no está a la altura de su potencial teórico. A nivel práctico, la promoción y educación para la salud no ha sido una prioridad de la política educativa, y muchas de las actuaciones, están basadas en la voluntariedad por falta de recursos.

Desde esta perspectiva, y atendiendo a todo lo anterior explicado, se lleva a cabo a continuación, una reconstrucción de los elementos que, interrelacionados entre sí, constituyen aparentes indicadores de garantía de éxito para la implementación de la promoción y educación para la salud en el entorno escolar. Dicha propuesta queda representada en la siguiente imagen (Fig. 1).

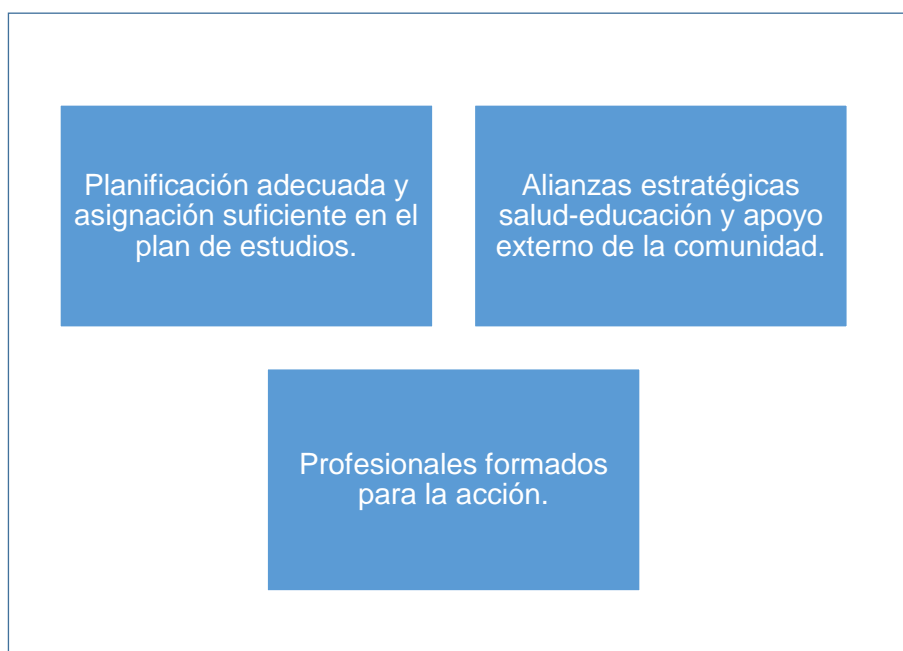


Fig. 1. Indicadores de garantía de éxito para la implementación de la promoción de salud en la escuela. Elaboración propia a partir del análisis del Marco teórico.

Planificación adecuada de la promoción de salud y asignación suficiente en el plan de estudios.

La planificación de la acción promotora de salud, adoptando un enfoque global, partiendo de un diagnóstico de necesidades concreto y no programas segmentados. Es decir, que los programas se desarrollen en base a una planificación estratégica de salud y educación, y no en base a un aspecto puntual percibido en un momento determinado; ha demostrado ser un factor facilitador clave para el desarrollo de programas de salud en la escuela. De hecho, la falta de planificación estratégica estaría entre las cinco grandes barreras sugeridas por el Comité de Expertos de la OMS en su Informe sobre Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integral en las Escuela (WHO, 1997b).

En el informe diagnóstico de situación sobre los avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España (2008), en el que se despejaban también las posibles herramientas para impulsar, facilitar y potenciar el desarrollo de actuaciones en promoción y educación para la salud en dicho entorno; se consideraba de especial relevancia que los centros educativos: dispongan de una guía de planificación de actuaciones y programas que respondan a las necesidades que surgen en el marco de los centros escolares, así como la oferta mantenida y de actuaciones de formación continuada. La disposición de instrumentos de supervisión y feedback de las actuaciones y programas realizados, apoyo especializado y herramientas de ayuda en temas de planificación y evaluación (Salvador, 2008).

De igual forma, también se ha estimado la importancia de asignar un tiempo considerable a la EpS en el plan de estudios, ofreciéndose una continuidad en las acciones promotoras de salud. Rotheram Borus et al. (2004) señalaba en su estudio que una misma intervención de 10,5 horas administrada en tres o siete sesiones, sólo era efectiva para reducir conductas sexuales de riesgo con el formato de siete sesiones (citado en Jané, Amorós, Molina, Vidal & Mateu, 2013, p.50). Cuando los programas se acortan de manera significativa, se excluyen actividades relativas a alguna conducta, y cuando se llevan a cabo en ámbitos distintos a los previstos, los resultados positivos originales, no se reproducen (Kirby, 2007, citado en Jané et al., 2013, p.50). Por otro lado, la mayor parte de los programas que han tenido efectos perdurables en el comportamiento, consisten en sesiones secuenciales de dos o tres años de duración, o

bien, en programas donde la mayoría de las sesiones se realizan durante el primer año y son seguidas por sesiones de reforzamiento y/o profundización (UNESCO, 2010).

Desde esta perspectiva, sería necesario replantearse que la promoción de la salud sea indispensable en el currículo y obligatoria, para que desde el Proyecto Educativo de Centro (PEC) se pueda desarrollar y trabajar en ello de forma continuada. Monsalve (2013), en su estudio sobre las políticas educativas en salud en Europa, comparando los modelos de Reino Unido, Francia y Alemania con el de España, llega a la conclusión de que el modelo español de educación para la salud debería estar respaldado por un marco legal, que hiciera posible que los proyectos se llevaran a cabo en los centros educativos. Y añade que la educación para la salud debería impregnar el conjunto de la actividad educativa hasta convertirse en una línea de actuación preferente en los centros, que tendrían que subrayarla en sus programaciones.

En definitiva, los contenidos de salud planificados, e impartidos de forma continuada incorporados al currículum escolar, pueden contribuir a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades que capacitan para el cuidado de la propia salud y la de la colectividad, así como al desarrollo de una conciencia crítica tanto en la identificación de riesgos de salud, como en la toma de decisiones. Pero todo ello implica una voluntad política, un incremento de recursos destinados a la planificación de intervenciones en este tema y la creación de un fuerte marco legal con una normativa que otorgue a la promoción de la salud una asignación suficiente en el plan de estudios que abarque todas las etapas educativas por igual, garantizando una EpS firme, segura y eficaz.

Alianza estratégica intersectorial salud-educación y apoyo externo de la comunidad.

La IUHPE (2000) ya concretaba la falta de participación coordinada y de recursos externos como una de las causas evidenciadas por las que la mayoría de los programas de salud en el entorno escolar han fracasado. Asimismo, la insuficiente colaboración y coordinación entre los representantes de los Ministerios de educación y sanidad, despuntaba como una de las cinco grandes barreras para el desarrollo de la promoción de la salud detectadas en el Informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integral en las Escuelas (WHO, 1997b). Más recientemente, y en

la misma línea, a pesar de los años transcurridos, el Informe diagnóstico de situación sobre los avances conseguidos en promoción y EpS en la escuela en España evidenciaba la deficiente coordinación real entre las áreas de Educación y Sanidad tanto en lo o que se refiere a la puesta en marcha de las acciones promotoras de salud (escasez de equipos de trabajo multidisciplinar que aseguren la calidad de la acción formativa), como a la falta de coordinación en la formación de profesionales agentes de salud (mayormente llevada a cabo desde los centros de Formación del Profesorado) (Salvador, 2008).

Se intuye así, una clara necesidad de alianzas estratégicas y movilización de ambos sectores para alcanzar la esencia de la promoción de la salud en la escuela. Otros autores ya habían explorado tales aspectos. Según Bremberg y Arborelius (1991); Lavín et al. (1992) y NHMRC (1997), a través de la revisión de diferentes experiencias de promoción de salud escolar, concluían entre otras cuestiones, que la colaboración intersectorial parece facilitar la integralidad de los programas de salud escolar, obteniendo mejores resultados, y que los mayores beneficios se producen cuando éstos se integran con iniciativas de la escuela y la comunidad (citado en Leger, 1999).

Son precisas unas políticas de centro que alienten a la participación y colaboración efectiva con otros miembros de la comunidad, en la que, además, todos los participantes se sientan parte legítima del proceso. Y es que, tal y como se exponía en el referido Informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas, la falta de sentido de propiedad y responsabilidad en la acción constituye una barrera más para la implementación de la promoción de salud (WHO, 1997c).

Profesionales formados para la acción promotora de salud.

El informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (1997) destacaba como una de las probables causas de la falta de desarrollo de programas de salud en casi todos los países, la escasez de profesionales cualificados (WHO, 1997c). Autores como Bremberg y Arborelius (1991); Lavín et al. (1992) y NHMRC (1997) llegaban a similares conclusiones subrayando como una de las mayores barreras para lograr buenos resultados, la falta de formación del

personal (citado en Leger, 1999). En la misma línea, el Informe Diagnóstico de Situación sobre avances conseguidos en promoción y EpS en España (2008), evidenciaba la falta de formación específica y una falta de motivación y sobrecarga de actividades por parte de todos los profesionales involucrados: se realizan actividades de forma inconexa e incoherente, con procesos de evaluación insuficientes; escasez de material, recursos y temáticas, y la inexistencia de planes de formación integrales, entre otras (Salvador, 2008). Según Gavidía “los actuales manuales escolares no constituyen un referente suficiente ni un recurso adecuado para que el profesorado desarrolle la EpSE, ya que no le prestan atención suficiente y, cuando lo hacen, sus orientaciones no movilizan actitudes y conductas” (Gavidía, 2003, p.275). Y según la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (2009), el actual modelo, en el que los profesionales de Atención Primaria acuden a colegios e institutos de forma puntual, relega la EpS a una enseñanza ocasional, episódica, marginal y de escasa relevancia, sin estar enmarcada dentro de un plan de formación y sin partir de las necesidades de la comunidad escolar (Ortiz et al., 2009).

Por otro lado, organismos como UNESCO (2010) sugieren la importancia de seleccionar educadores capaces y motivados. La calidad de éstos puede tener un enorme impacto en la efectividad del currículum. El Ministerio de Sanidad y Consumo en su Informe realizado por el grupo de Trabajo de la Salud⁵⁴ acerca de la Formación en promoción y educación para la salud (2003), también destacaba este indicador como un elemento esencial para el desempeño, correcto y eficaz, de un ejercicio profesional de calidad. Sin ella difícilmente se pueden plantear objetivos profesionales para resolver un problema o satisfacer una necesidad. De esta manera advertía que, para el conveniente desarrollo profesional de la educación y promoción de salud, es necesario adquirir conocimientos, habilidades y prácticas por parte de todos los titulados universitarios del ámbito de las Ciencias Sociales, especialmente aquellos más relacionados con la salud y la educación, con un enfoque global biopsicosocial (Gutiérrez, 2003). En esta línea también se situaba el Informe técnico presentado en la Conferencia de México de promoción de salud (2000)⁵⁵, donde se destacaba como una de las estrategias para

⁵⁴ El grupo de trabajo se constituyó el 10 de mayo de 2001 y está formado por cinco personas, designadas por cada Comunidad Autónoma, en función de su papel como referentes de educación para la salud y/o experiencia en actuaciones de formación en promoción de salud.

⁵⁵ La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de salud: Componente decisivo de las reformas del sector de la salud. 5ª Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 5-9 de junio, México.

reorientar los servicios sanitarios con criterios de promoción de salud: “fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza, como en la formación continua de los profesionales de la salud” (López-Acuña et al., 2000, citado en Gutiérrez, 2003, p.23). En definitiva, el éxito de la promoción de la salud en la escuela viene en parte determinado, porque sea impartido por personal experto con aptitudes pedagógicas adecuadas.

2.9. Evolución de la promoción de salud en la escuela a través de la legislación educativa

A lo largo de este segundo capítulo, ha quedado claro que la escuela constituye un lugar privilegiado como marco para llevar a cabo intervenciones de salud, y además goza de un amplio consenso social. En este sentido, se han venido llevando a cabo, con más o menos éxito, reformas en las políticas sanitarias y planes de salud pública, reflejando la importancia de la promoción y la educación para la salud en este entorno. No obstante, la pregunta siguiente es cómo se ha reflejado ello en la legislación educativa, y si ésta ha podido influir en la obstaculización de su desarrollo. Si la normativa educativa ha sido consecuente con los preceptos en salud propuestos en los planes de salud pública y en qué momento se encuentra la promoción de la salud en la legislación vigente.

En este apartado creo conveniente para el desarrollo de esta tesis, hacer una revisión por legislación educativa desde 1970 hasta la actualidad, analizando en profundidad los aspectos relacionados con la salud escolar, los retos alcanzados y los logros que quedan por conseguir, con objeto de conocer cómo se ha articulado el sistema educativo formal en España y en el ámbito delimitado de Cataluña, para dar respuesta al cumplimiento de los objetivos de salud de la OMS, dirigidos principalmente a la promoción y fortalecimiento de estilos de vida saludables y al desarrollo de aptitudes personales, indispensables para bienestar físico, psíquico y social.

Las leyes seleccionadas se han escogido teniendo en cuenta las siguientes variables: fecha de publicación, trascendencia en el ámbito de salud escolar, información clave entre sus preceptos sobre promoción de salud en la escuela (integración de la educación

para la salud en el currículum educativo, intervenciones de promoción de la salud desde el ámbito sanitario, entre otras). Se recapitulan en la siguiente tabla (Tabla 5.).

Tabla 5. *Leyes educativas seleccionadas en el ámbito global de España y delimitado de Cataluña.*

Leyes educativas en España y Cataluña período 1970- 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamento de la Reforma Educativa (LGE). • Ley Orgánica 5/1980, de 19 de junio, por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares (LOECE). • Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la Educación (LODE). • Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). • Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE, 2002). • Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). • Ley 12/2009, de 10 de julio, de Educación (LEC). • Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE).

Fuente: elaboración propia

Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamento de la Reforma Educativa (LGE).

Esta ley constituyó el primer cambio legislativo de envergadura del sistema educativo tras la Ley Moyano (1857)⁵⁶. Fue una ley global de gran alcance que pretendió superar las contradicciones internas en las que había caído el sistema por sucesivas reformas sectoriales, insuficientes para responder al acelerado cambio social y económico de la España de aquel momento (Mondragón, 2013). La “calidad de la enseñanza” se incorporaba por primera vez como condición a conseguir. La LGE introdujo una serie de novedades importantes, muchas de las cuales aún hoy se conservan. Entre otras cosas, la ley establecía la obligatoriedad y gratuidad de una educación básica unificada para el conjunto de la población hasta los 14 años, lo que obligaba a iniciar un plan de construcciones escolares, elaborándose contenidos y metodologías de enseñanza

⁵⁶ Ley de Instrucción Pública, de 9 de septiembre de 1857, que reguló por primera vez, de manera global, la estructura del sistema educativo en España.

nuevas. Se creó la Educación General Básica (EGB), el Bachillerato (tres años de BUP y uno de COU) y se creó un FP con tres grados (a partir de los 14 años) (Goiria, 2010).

Según Monsalve (2013), con la LGE de 1970, anterior a la Constitución Española, se pretendía hacer partícipe de la educación a toda la población española, así como implantar una igualdad de oportunidades. Esto supuso un avance hacia una sociedad más justa. No obstante, revisando esta ley se puede decir la promoción de la salud era un aspecto olvidado para la educación de aquel momento. Así, no se detectan rasgos de acciones explícitas relacionadas con la salud escolar en este documento. Entre las áreas de actividad educativa se puede distinguir objetivos encaminados hacia la capacitación académica exclusivamente:

[...] El dominio del lenguaje mediante el estudio de la lengua nacional, el aprendizaje de una lengua extranjera y el cultivo, en su caso, de la lengua nativa; los fundamentos de la cultura religiosa; el conocimiento de la realidad del mundo social y cultural, especialmente referido a España; las nociones acerca del mundo físico, mecánico y matemático; las actividades domésticas y cuantas otras permitan el paso al Bachillerato, así como la capacitación para actividades prácticas que faciliten su incorporación a la Formación Profesional de primer grado (art.17, p.12529).

Analizando con detenimiento la ley, se podría encontrar algún elemento implícito relacionado con la promoción de la salud: al profesorado de EGB (Educación General Básica), según el art. 109, le corresponde “dirigir la formación integral y armónica de la personalidad del niño y del adolescente” (p. 12538). Este aspecto podría interpretarse como un aporte del profesorado en la consecución del adecuado y saludable desarrollo emocional y psicoafectivo del alumnado, no obstante, no queda explicitado.

Ley Orgánica 5/1980, de 19 de junio, por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares (LOECE).

En plena transición política, con el nacimiento de la Constitución se marcan los principios generales de la legislación en materia educativa, implantando un enfoque muy diferente (Mondragón, 2013). Este enfoque iría dirigido hacia el cumplimiento de tres aspectos

esenciales: el reconocimiento del derecho a la educación como uno de los derechos fundamentales que los poderes públicos deben garantizar; en segundo lugar, otros derechos básicos relacionados con la educación; y, por último, la distribución de las competencias educativas entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas (Muñoz et al., 1992).

La LOECE fue el primer intento normativo que trataba de ajustar los principios de la actividad educativa y la organización de los centros a los preceptos que marcaba la recién aprobada Constitución (Mondragón, 2013). Así, con esta ley se regula el derecho a la educación, estableciendo la tipología de centros y cambiando su organización, introduciendo un modelo democrático. Fue la primera norma que reguló los diversos aspectos referidos a la participación y la dirección en los centros educativos. Se crean por primera vez los consejos de dirección, y se permite la presencia de representantes de los distintos sectores de la comunidad educativa en los órganos colegiados de gobierno, que no fueran propiamente de carácter técnico-profesional (Frias, 2002). Cabe destacar este cambio, ya que podría significar un primer paso hacia la entrada de agentes promotores de salud en la escuela, aumentando aparentemente la posibilidad de integrar intervenciones de promoción de la salud en la programación. No obstante, esta ley no concreta explícitamente ningún objetivo de salud en su texto.

Haciendo análisis más profundo, en lo que se refiere a elementos de salud, se puede distinguir entre los derechos de los alumnos:

[...] Se les facilite oportunidades y servicios educativos para que puedan desarrollarse física, mental, moral y espiritual y socialmente en condiciones de libertad y dignidad”. Asimismo, tienen derecho a “la realización de los reconocimientos médicos necesarios, al control sanitario y a la atención médico-preventiva adecuada (art. 36, p.14636).

Se podría afirmar que se empieza a contemplar la presencia de la salud en el ámbito escolar, no obstante, como ya se ha mencionado en anteriores líneas, esta ley no refleja explícitamente acciones de promoción de salud, sino que estaba más dirigida a las acciones de inspección medioambiental y a los exámenes de salud, que a la promoción de ésta a través de la educación.

Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora de Derecho a la Educación (LODE).

Esta Ley no modifica la estructura del sistema educativo, pero sí potencia el carácter del Consejo Escolar como órgano de gobierno de los centros públicos, asignándole importantes atribuciones como la elección del director, el régimen disciplinario del alumnado o la aprobación del proyecto de presupuesto, de la programación general del centro, de la programación de las actividades complementarias y del reglamento de régimen interno (Frías, 2002).

La LODE articulaba y promovía la participación de profesores, alumnos y padres en el funcionamiento y en la vida del centro y en la gestión de éste, permitiendo así, la colaboración de la sociedad en el sistema educativo, con objeto de obtener mayores beneficios en la consecución de los objetivos (art. 4). En el artículo cuarto se puede leer también, que los padres tienen derecho a participar en el proceso de enseñanza y aprendizaje, y a ellos les corresponde adoptar las medidas necesarias para que sus hijos/as cursen las enseñanzas obligatorias y asistan regularmente a clase; estimularles para que lleven a cabo actividades de estudio que se les encomienden; conocer, participar y apoyar la evaluación de su proceso educativo; y colaborar en las actividades educativas de los centros, entre otras labores. Nacen a partir de aquí, las asociaciones de padres de alumnos (APAS).

Si bien es cierto que la contribución de los padres podría estar relacionada con actividades promotoras de salud, sin embargo, se podría afirmar que esta participación estaba más encaminada a la formación y rendimiento académico del alumnado (precepto que emana del documento), que a las acciones educadoras en salud.

[...] a ellos les corresponde adoptar las medidas necesarias para que sus hijos/as cursen las enseñanzas obligatorias y asistan regularmente a clase; estimularles para que lleven a cabo actividades de estudio que se les encomienden; conocer, participar y apoyar la evaluación de su proceso educativo; y colaborar en las actividades educativas de los centros, entre otras labores (art. 4).

Los fines generales de la educación con esta ley giran en torno al desarrollo de la personalidad del alumno, la adquisición de hábitos intelectuales y técnicas de trabajo, así como conocimientos científicos y la capacitación para actividades profesionales. También se alude a la preparación para la participación social, democrática y solidaria,

la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales, de la igualdad entre hombres y mujeres, ejercicio de la tolerancia, entre otros. En su título preliminar, art. 2, se puede leer entre los fines de la actividad educativa:

[...] La formación para la paz, la cooperación y la solidaridad entre los pueblos y para la prevención de conflictos y para la resolución pacífica de los mismos y no violencia en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social” (p. 21016).

Aunque este aspecto podría ser clave en lo que se refiere a las acciones dirigidas a promover la salud en competencias relacionadas con la afectividad y socialización del alumnado, no queda reflejado de forma clara en la Ley.

Por otro lado, se puede leer en el art. 6 entre los derechos básicos, que todo el alumnado tiene derecho a “la protección social, en el ámbito educativo, en los casos de infortunio familiar o accidente” (p. 21016). Pero se echa en falta, por ejemplo, la manifestación explícita del derecho a la educación en salud y a desarrollarse en habilidades sociales de una manera saludable. Y si bien es cierto que, el deber por parte de los alumnos de “respetar las normas de organización, convivencia y disciplina del centro educativo, y conservar y hacer buen uso de las instalaciones del centro y materiales didácticos” (art. 6, p. 21016), podría estar en consonancia con los criterios de una escuela saludable y la convivencia en una escuela con un ambiente sano, como ya venimos diciendo en el análisis de este documento, tampoco se suscribe de manera explícita.

Se puede concluir que la LODE, fue un documento que comenzaba a incluir aportes de promoción de salud, aunque no se definían de forma contundente.

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).

Con este documento se formula una nueva estructura y reordenación educativa en cuanto a la gestión y a la participación en los centros educativos, que más tarde sería complementada por la LOPEGCE (1995)⁵⁷. Se erige como un instrumento de reforma y cambio social. Se sustentaba en el desarrollo constitucional y la incorporación a Europa.

⁵⁷ Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, la evaluación y el gobierno de los centros docentes. Ref. BOE-A-1995-25202

La ley garantiza un período formativo común de diez años, que abarca tanto la educación primaria como la educación secundaria obligatoria hasta los 16 años (Mondragón, 2013). Esta estructura, es la que perdura hoy en día.

Desde el punto de vista pedagógico, supuso la incursión de una serie de cambios respecto a los contenidos y metodologías. Se rebajaron los contenidos de las asignaturas para facilitar la promoción automática, a la vez que se oficializaba una filosofía pedagógica basada en el constructivismo, por la que el alumnado debe aprender por sí mismo y el profesorado debe ayudar en su descubrimiento del conocimiento. La LOGSE consagró un modelo de currículum abierto y flexible, con medidas de atención individualizada y de inclusión y atención a las necesidades educativas especiales. Se reguló la Educación Especial y la Educación de Adultos, se desarrolló la calidad de la enseñanza a través de la Formación permanente del profesorado y se definió la función de inspección y la acción tutorial-orientadora (Mondragón, 2013).

Esta ley también permitió que las comunidades autónomas se hicieran cargo de manera progresiva de la gestión de los centros docentes, de su autonomía, e incluso de la elaboración de gran parte del currículum, lo que convertía la enseñanza española en un sistema descentralizado (Romero, 2011; Briones, 2014). Se optó por un currículum mucho más abierto y flexible con diferentes niveles de concreción, con objeto de incorporarse a los postulados europeos y llevar una enseñanza más acorde con los cambios que se estaban produciendo, que generaba un incremento continuo de la demanda de educación (Mondragón, 2013). El objetivo era que los equipos docentes crearan los PEC, los proyectos curriculares y las programaciones; y que estos estuvieran ajustados a las peculiaridades y necesidades concretas del alumnado (Benito, 2007). Pero este proceso, también ha tenido sus desaciertos y críticas, como se menciona más adelante.

La LOGSE se desarrolla en un momento en que la legislación sanitaria en España trataba, por primera vez, la educación para la salud. Me estoy refiriendo a la Ley 14/1986, General de la Sanidad, que propugnaba que las Administraciones públicas debían estar orientadas a promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada educación sanitaria de la población. Y en Cataluña, la ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) que entró en vigor poco después, con objeto de responder a la necesidad de regular todas las acciones

que permitieran hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en la población catalana, así como cumplir el mandato de lo contenido en la Ley General de Sanidad. Ambas fueron el resultado del conjunto de medidas llevadas a cabo durante los 10 años en España, desde la Conferencia de Alma-Ata (1978) en que se priorizaba la promoción de la salud como piedra angular en la mejora de la salud de la población.

La sociedad estaba cambiando, al igual que el concepto de entender la salud. El proceso de integración del país en la Unión Europea ampliaba el horizonte de futuro de la sociedad española y planteaba retos. Tal vez por este motivo, la LOGSE incluía una de sus mayores innovaciones con respecto a la promoción de salud: la incorporación de las realidades y valores del contexto social a los contenidos educativos. En este sentido, cabe señalar también, los principios que han inspirado la ley, que se basan en una educación entendida como la forma de proporcionar una concepción de la realidad, capaz de integrar el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma, mediante la transmisión y el ejercicio de los valores que hacen posible la vida en sociedad, el respeto de todos los derechos y libertades fundamentales y los hábitos de convivencia democrática y mutuo respeto (Briones, 2014). Analizando el texto íntegro, entre los principios por los que se debe regir la educación, se puede leer:

La actividad educativa se desarrollará atendiendo a una formación personalizada, que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional (art.2, p. 28930).

Asimismo, haciendo una revisión por etapas, cabe destacar la presencia más clara de promoción de la salud que en las normas anteriores, estableciéndose, por primera vez, el concepto de educación para la salud como tema transversal presente en las áreas curriculares. Así, en el capítulo II, entre las contribuciones de la educación primaria en el desarrollo de las capacidades del alumnado se subraya:

[...] valorar la higiene y salud de su propio cuerpo, así como la conservación de la naturaleza y del medio ambiente” (art. 13, p. 28931). En educación secundaria, “valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo y el medio ambiente” (art. 19, p. 28932). Y en ambas etapas de educación obligatoria, se subraya como necesario “utilizar la educación física y el deporte para favorecer el desarrollo personal (art. 13 y art. 18).

Así, la educación para la salud se incorporaba oficialmente al marco educativo escolar de forma explícita, aunque transversal, es decir, los contenidos no se concretan en un curso o etapa, ni en una asignatura en concreto, sino que están presentes en las diferentes áreas de conocimiento (Redondo, 2008; Monsalve, 2013). Mientras que en la educación infantil hay una mayor presencia de contenidos de salud en el área de identidad y autonomía personal, comunicación y relaciones humanas; en la etapa de primaria, los contenidos de salud son más frecuentes dentro de las áreas de conocimiento del medio natural y social, y el área de educación física. Y en secundaria, en cambio, las áreas en que se hace referencia a la salud son varias: ciencias de la naturaleza, educación física, ciencias sociales y geografía e historia (Yáñez, 2013).

A través de la LOGSE comenzaba a superarse la ardua situación en que se encontraba la inclusión de la promoción de la salud en la escuela, cuya presencia era casi nula y permanecía relegada a acciones puntuales e inconexas, sujetas sobre todo a la voluntad e interés individual de algún miembro del colectivo de enseñantes, más que a una acción educativa del conjunto de éste, y menos aún, de la comunidad educativa (García, Sáez, & Escarbajal, 2000). No obstante, la transversalidad con la que se integraban y continuaban impartiendo este tipo de contenidos, ha dado lugar a numerosas críticas por parte de expertos, que se replantean si es la forma adecuada de adquirir ciertas competencias curriculares, como en este caso, las relacionadas con la adquisición de conductas de salud.

En primer lugar, según Benito (2007, p.4), la transversalidad no es operativa, posiblemente porque “no se preparó al profesorado ni se tuvo en cuenta la llamada *cultura escolar*. El profesorado, situado frente a una nueva reforma, la vivió como otra reforma (desde arriba) a pesar del intenso debate público que la precedió, y presentó importantes resistencias”. No ha estado acompañada de una política acertada de formación del profesorado, ni de la formación inicial, ni de la formación continua, y se emprendió una ambiciosa transformación, sin disponer del profesorado adecuado ni recursos suficientes. Tampoco se atinó con la formación del profesorado de educación secundaria, que, según García Llamas (1999), aunque son especialistas en su mayoría en la materia que imparten, sin embargo, tienen escasa formación en la identificación y corrección de dificultades de aprendizaje (citado en Benito, 2007, p.4). Y, por último, se fracasó en la formación de los profesores de primaria (la creación de siete

especializaciones para los maestros no fue acompañada de una reforma del currículo, ni en su extensión temporal, ni en sus contenidos) (Puelles, 2008).

Por otro lado, la creación de los currículos por parte del profesorado no solo añadía trabajo no reconocido a los equipos docentes, sino que se planteaban dudas sobre la capacidad del profesorado para asumirlo. García Llamas se preguntaba “si era una atribución sensata dejar esa tarea en manos de un profesorado con necesidades de formación pedagógica” (García Llamas, 1999, citado en Benito, 2007, p.6). Aunque hay que reconocer que la inclusión de la educación para la salud en el currículum constituyó un gran paso, no obstante, no es difícil de imaginar que el enfoque transversal con el que se ha llevado a cabo supone una dificultad añadida a la intervención pedagógica del profesorado, y por tanto una afectación directa en la consecución de competencias en salud para el alumnado.

Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE).

Constituye una nueva reordenación educativa atendiendo a los cambios de la realidad social, con medidas encaminadas a promover la calidad del sistema educativo. Así, el objetivo primordial de la ley es la calidad para todos. Esta nueva reforma es concebida como un instrumento imprescindible para un mejor ejercicio de la libertad individual, para la realización personal, para el logro de cotas más elevadas de progreso social y económico y para conciliar el bienestar individual y el bienestar social. Se erige en cinco ejes: clima escolar afectuoso que reconoce esfuerzos; orientación del sistema educativo hacia resultados; refuerzo de un sistema de oportunidades para todos que permita eliminar desigualdades y facilite el logro del progreso personal; políticas dirigidas al profesorado elevando su satisfacción y consideración social; y, por último, el desarrollo de autonomía de los centros educativos, basándose en la confianza mutua y la responsabilidad entre el centro y la Administración⁵⁸.

Desde el punto de vista psicopedagógico, se mantiene el sustrato constructivista, con el desarrollo de las capacidades del alumnado, favoreciendo el “aprender a aprender” (Mondragón, 2013). En lo relativo a la organización de las enseñanzas, se sucede una

⁵⁸ Extraído de Exposición de motivos, BOE n. 307, p. 45188 (Ref. BOE-A-2002-25037).

ligera reforma de algunos aspectos educativos, especialmente en lo que se refiere a la cultura del esfuerzo. Según Romero (2011), la LOCE pretendía en cierto modo, combatir el gran desprestigio social que la anterior ley había causado especialmente entre los docentes, ya que estos veían como la mayoría de los alumnos pasaban de curso sin apenas hacer ningún esfuerzo. Partía de la convicción de que los valores del esfuerzo y la exigencia personal son condiciones básicas para mejorar la calidad del sistema, y se propuso elevar la consideración social del profesorado (Goiria, 2010). Por este motivo, el texto propone un modelo de atención a la diversidad radicalmente contrario al de la LOGSE (Mondragón, 2013).

En cuanto a la educación para la salud, tampoco refleja cambios significativos respecto del anterior documento comentado, en ninguna de las etapas educativas. Así, entre las contribuciones de la educación para la salud en la etapa de primaria en los seis cursos académicos, se encuentra “conocer el valor del propio cuerpo, el de la higiene y la salud y la práctica del deporte como medios más idóneos para el desarrollo personal y social” (art.15, p. 45195).

En la etapa infantil únicamente se hace mención del “conocimiento del propio cuerpo y sus posibilidades de acción” (art.12, p.45195). Y en la etapa de secundaria, entre los objetivos educativos destaca “conocer el funcionamiento del propio cuerpo, para afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales, e incorporar la práctica del deporte, para favorecer el desarrollo en lo personal y en lo social” (art.22, p.45196).

Esta Ley no llegó a aplicarse. Con la entrada del gobierno de J. L. Rodríguez Zapatero (PSOE), fue derogada y se paralizó su calendario de aplicación.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE).

La LOE pretendió ser el resultado de un pacto social sobre los problemas más importantes de la educación, en el que intervinieron las asociaciones nacionales de padres y madres, las organizaciones titulares de los centros concertados y las centrales sindicales más representativas; un pacto que perseguía la estabilidad del sistema educativo y que pretendía poner orden y claridad en las múltiples reformas y

contrarreformas habidas. Sin embargo, este consenso finalmente no fue alcanzado (Puelles, 2008).

Constituye una recapitulación sintetizada de las leyes precedentes. Está fundamentada principalmente en promover una educación de calidad en todos los niveles educativos, con la participación de la comunidad. Ésta es la esencia de los propósitos educativos expresados en el texto, inspirado, por un lado, en la equidad social como garantía de la igualdad de oportunidades y por otro, en una concepción cívica y humanista de la educación, como factor que debe contribuir a formar personas que puedan convivir en un clima de respeto, tolerancia, participación y libertad (Mondragón, 2013; Briones, 2014). Recoge el planteamiento participativo y los aspectos referentes a la organización y funcionamiento de los centros de las precedentes normas, reforzando sus competencias y autonomía organizativa, ampliando las competencias de los consejos escolares y del claustro de profesores. Además, se incentiva la colaboración entre familia y escuela, fomentando una mayor responsabilidad de los alumnos y los padres. En cuanto al currículum, se perfila también a través de los denominados niveles de concreción. Aunque con algunos cambios en su configuración y de las diversas enseñanzas (Mondragón, 2013).

En este sentido, entre las novedades más significativas que ofrece la LOE se puede destacar, la incorporación, siguiendo las directrices de la Unión Europea, del concepto de *competencias básicas*, entendidas como las destrezas que los alumnos habrán de adquirir a lo largo de todo el proceso educativo. Y, por otro lado, la creación de la asignatura de Educación para la ciudadanía y los Derechos Humanos, con objeto de promover la ciudadanía activa y la coherencia social, a través de la enseñanza de los valores cívicos (Briones, 2014).

Al analizar el documento en profundidad, se pueden leer numerosas referencias relacionadas a esta nueva materia. Así, al enumerar los objetivos relacionados con la EpS, especificados para cada etapa, se observa que van encaminados a la puesta en práctica de valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad y la tolerancia, con alguna especificación en el cuidado del cuerpo (higiene y salud). Son objetivos tendentes, especialmente, a desarrollar las capacidades afectivas y psicosociales del alumnado.

En primaria:

Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social. Desarrollar sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como una actitud contraria a la violencia, a los prejuicios de cualquier tipo y a los estereotipos sexistas (tít. I, cap. II, art.17, p.17168).

En secundaria:

Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente, contribuyendo a su conservación y mejora". Y "fortalecer sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como rechazar la violencia, los prejuicios de cualquier tipo, los comportamientos sexistas y resolver pacíficamente los conflictos (tít. I, cap.III, art.23, p.17169).

Los principios y fines de la educación se presentan en esta misma línea. Se reconoce el papel de la escuela en la prevención del acoso escolar, entre otros:

La educación para la prevención de conflictos y la resolución pacífica de los mismos, así como para la no violencia en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social, y en especial en el del acoso escolar" (art. 1). La formación para la paz, el respeto a los derechos humanos, la vida en común, la cohesión social, la cooperación y solidaridad entre los pueblos, así como la adquisición de valores que propicien el respeto hacia los seres vivos y el medio ambiente, en particular al valor de los espacios forestales y el desarrollo sostenible. El pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas de los alumnos. La educación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales, en la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres y en la igualdad de trato y no discriminación de las personas con discapacidad (art.2).

Cabe destacar, que en esta ley se contempla también como un fin educativo, el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte. Por tanto, se podría afirmar que la promoción de la salud se incluye aquí de forma directa entre los principios y fines educativos generales (Título preliminar, cap. I, art. 2). No obstante, haciendo una revisión más detallada a través de las diferentes etapas educativas, no se refleja en ninguna de ellas el desarrollo de las habilidades de salud como finalidad específica. Únicamente queda expresado de forma implícita, aludiendo nuevamente a la asignatura de Educación para la ciudadanía, atendiendo a la construcción de valores y habilidades sociales y de inserción en el entorno. La finalidad de la educación en la etapa de primaria se suscribe así:

Proporcionar a todos los alumnos una educación que permita afianzar su desarrollo personal y su propio bienestar, y esto incluye adquirir habilidades sociales, hábitos de trabajo y estudio, el sentido artístico y la creatividad y la afectividad (tít. I, cap. II, art. 16, p. 17168).

Y en educación secundaria:

Lograr que los alumnos y alumnas adquieran los elementos básicos de la cultura, especialmente en sus aspectos humanístico, artístico, científico y tecnológico; desarrollar y consolidar en ellos, hábitos de estudio y de trabajo; prepararlos para su incorporación a estudios posteriores y para su inserción laboral y formarles para el ejercicio de sus derechos y obligaciones en la vida como ciudadanos (tít. I, cap.III, art.22, p.17169).

Con la entrada en vigor de la LOE, también se redefinen los contenidos de aprendizaje que debían estar presentes a través de las diferentes áreas. Entre ellos, la ley propone trabajar una serie de temas que, pese a no ocupar un puesto concreto en el currículo, han de trabajarse a lo largo de la escolaridad, ya que contribuyen al desarrollo integral del alumnado. La educación para la salud se encuentra entre estos temas y debe trabajarse, por tanto, de manera transversal (Monsalve, 2013). No obstante, esta ley refuerza la idea de la autonomía y flexibilidad en la generación del currículo, permitiendo a cada centro “elaborar sus proyectos educativos, siendo las Administraciones las que contribuyan al desarrollo del currículo, favoreciendo la elaboración de modelos abiertos de programación docente y de materiales didácticos, que atiendan a las distintas necesidades de los alumnos y del profesorado” (tít. V, cap.II,

art.121, p.17189); dejando así, al centro escolar, la decisión libre de trabajar la promoción de la salud como eje transversal en el currículum (Monsalve, 2013).

Como se observa, en lo relativo a la educación para la salud, no hay cambios significativos en la estructura organizativa respecto de normas anteriores, y la promoción de la salud, continúa teniendo un enfoque transversal, con los inconvenientes que ello ha suscitado. De hecho, según Romero (2011), han persistido los mismos errores educativos que se promulgaron con la LOGSE, destacando entre otros, la falta de financiación real y suficiente para su desarrollo en las distintas comunidades autónomas, produciendo grandes desigualdades; y la falta de atención hacia la opinión del profesorado como especialistas en educación. Autores como Benito (2007) se lamentan de los extraordinarios esfuerzos que se invierten en reformas educativas, sin que haya una continuidad para que esas reformas lleguen al aula:

La ley establece qué hacer, a saber: utilizar estrategias variadas de aprendizaje, atender a todos los alumnos, adaptar el currículum a las necesidades del alumno y a su contexto, animar a la lectura, involucrar a los padres, pero deja en manos de los equipos docentes y de los centros, la atención a la diversidad, la tarea de crear los programas de refuerzo, de dedicar tiempo a la lectura, enfrentarse a los problemas de disciplina, etc., a sabiendas de la deficiente preparación del profesorado y de la insuficiente dotación de recursos (p.8).

Ley 12/2009, de 10 de julio, de Educación (LEC).

Se trata de la primera ley catalana educativa. Constituye una regulación propia y singular, en el contexto de un sistema educativo descentralizado, realizada de acuerdo con las competencias del autogobierno de Cataluña, con voluntad de tener un sistema educativo acorde con la sociedad catalana, fundamentado en razones no solo educativas, sino también sociales, económicas y culturales. La norma se forja con el propósito de facilitar un marco institucional estable y adecuado, para ofrecer a los nuevos ciudadanos unos niveles más elevados de cultura y bienestar individual y colectivo. Se pretende cumplir este compromiso mediante el Servicio de Educación de Cataluña, posibilitando una acción educativa que estimule y consolide las buenas

prácticas, sin pretensiones de cambiar la ordenación educativa existente (Preámbulo, p. 56589).

Entre las singularidades esta ley, y como preludio de la LOMCE, hay que señalar la dotación de mayor autonomía a los centros educativos. Tiene como propósito flexibilizar el sistema y posibilitar la creación de redes de escuelas unidas por proyectos comunes y comprometidos, en la mejora sistemática de la educación. A través de esta autonomía se busca adecuar la actividad educativa y fomentar prácticas concretas que contribuyan a mejorar el rendimiento escolar en cada contexto y centro en particular, a través de proyectos educativos que tengan en cuenta las necesidades de su alumnado. De esta manera, se confiere a los centros la plena autonomía para decidir, tanto en el ámbito pedagógico, como de recursos humanos y materiales, junto a la rendición de cuentas frente a la administración y a la comunidad educativa. Este enfoque responde principalmente a los cambios acelerados de la sociedad, los contextos de mayor diversidad y complejidad, la necesidad de dar respuesta rápida a las nuevas demandas que se explicitan y los nuevos requerimientos sociales, que reclaman una escuela flexible, con unos profesionales que actúen autónomamente, en equipo, en el marco de una escuela plenamente arraigada en la comunidad (Preámbulo, p.56592). No obstante, cabe apuntar, que esto ha sido motivo de polémica y de diversas huelgas por parte de sindicatos, profesores y asociaciones de padres de alumnos, quienes ven en el texto una privatización de la enseñanza.

En lo que se refiere a la promoción de la salud, esta ley reconoce por primera vez como un derecho, a parte de aquellos descritos en el marco de los valores definidos por la Constitución y por el Estatuto, tales como el de recibir una educación integral y de calidad; otros derechos relacionados con la salud, como gozar de condiciones saludables en el ámbito educativo (p.56601). Y, entre los principios rectores del sistema educativo, también se puede hallar algún aporte relacionado con la promoción de salud. Esto es, “el respeto y el conocimiento del propio cuerpo” (p. 56595).

Asimismo, también es pionera en dejar manifiesto la necesidad de abordar problemas de salud emergentes de la realidad social, como es el caso de la violencia de género y acoso escolar, destacando la importancia de adoptar las medidas necesarias para prevenir estas agresiones y hacerles frente de forma inmediata (art. 33). Sin embargo, no se introduce en la norma la importancia de promocionar estilos de vida y conductas

saludables para prevenir patologías crónicas, tales como alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol, entre otras.

Por otro lado, se contempla que los centros y los Ayuntamientos, puedan acordar y elaborar conjuntamente planes o programas socioeducativos que favorezcan la mayor integración posible en el entorno social de los objetivos educativos y sociales del centro, y una mejor coordinación entre los recursos de las distintas administraciones y de los propios centros; aspecto que, sin duda, puede contribuir a la generación de proyectos de educación para la salud conjuntos entre los departamentos de Sanidad y Educación, realizados por docentes y profesionales externos (art. 40). Sin embargo, el margen de gestión del currículum amoldado a las necesidades de los alumnos vuelve a dejar a la libre elección del centro, la incorporación de aportes de salud en su proyecto educativo, con el consiguiente riesgo de no ser considerado como prioritario.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE).

Según expone el texto, la reforma promovida por la LOMCE, se apoya en evidencias y recoge las mejores prácticas comparadas. Los principales objetivos que persigue la reforma son, reducir la tasa de abandono temprano de la educación, mejorar los resultados educativos de acuerdo con criterios internacionales, tanto en la tasa comparativa de alumnos excelentes, como en la de titulados en Educación Secundaria Obligatoria, mejorar la empleabilidad, y estimular el espíritu emprendedor de los estudiantes. Los principios sobre los cuales erige la reforma son, fundamentalmente, el aumento de la autonomía de centros, el refuerzo de la capacidad de gestión de la dirección de los centros, las evaluaciones externas de fin de etapa, la racionalización de la oferta educativa y la flexibilización de las trayectorias (p.97864).

El preámbulo de la LOMCE se expone que ésta ha venido motivada por la necesidad de dar respuesta a problemas concretos de un sistema educativo, que suponen un lastre para la equidad social y la competitividad del país, primando la consecución de un marco de estabilidad y evitando situaciones como las vividas en educación en los últimos años. Así, la norma se fundamenta esencialmente en los deficientes resultados obtenidos por el alumnado en las pruebas de evaluación internacionales como PISA (Programme for

International Student Assessment), las elevadas tasas de abandono temprano de la educación, y el reducido número de estudiantes que alcanza la excelencia, que objetivan el estancamiento del sistema educativo.

La objetividad de los estudios comparativos internacionales lleva a la conclusión de que es necesaria una reforma del sistema educativo que se aleje de los debates ideológicos que han dificultado el avance en los últimos años; se precisa de una reforma que esté en consonancia con la “Estrategia” establecida para el horizonte 2020 por la Unión Europea.

La diferencia de base con la LOE consiste en que mientras ésta se consideraba como un sistema educativo flexible, con objeto de conseguir el éxito escolar de todos, y de conciliar la calidad de la educación con la equidad de su reparto; la LOMCE se basa en la naturaleza de talentos diferentes entre los estudiantes, que hay que reconocer y potenciar. Plantea una estructura educativa en abanico, con opciones progresivamente divergentes hacia las que se canaliza al alumnado en función de sus fortalezas y aspiraciones. Mientras la LOE subraya los principios de equidad, inclusión, cohesión social y ejercicio de la ciudadanía democrática, la LOMCE enfatiza más en la competitividad, la movilidad social, la integración y la empleabilidad (Tiana, 2012).

Estos son precisamente algunos de los aspectos que han llevado a la difidencia. Son cuantiosas las voces que no confían en que esta nueva ley aporte el cambio deseado, así como estrategias eficaces para la realidad social y educativa; y es que esta nueva ley educativa ha emergido sin el consenso ni el compromiso educativo que muchos sectores de la sociedad reclaman insistentemente, y según autores como Cortés (2014), probablemente nace con pocas expectativas de futuro, ya que la mayoría de partidos políticos de la oposición, han advertido su pretensión de derogarla por los múltiples debates y desencuentros que ha generado.

Por un lado, algunos autores destacan el sentido económico que adquiere la educación, al definirla como el motor que promueve la competitividad y el nivel de prosperidad de un país, que podría llevar a pensar que el principal objetivo de la norma es la mejora de aspectos económicos y no de aspectos culturales.

La educación es el motor que promueve el bienestar de un país. El nivel educativo de los ciudadanos determina su capacidad de competir con éxito en el

ámbito del panorama internacional y de afrontar los desafíos que se planteen en el futuro. Mejorar el nivel de los ciudadanos en el ámbito educativo supone abrirles las puertas a puestos de trabajo de alta cualificación, lo que representa una apuesta por el crecimiento económico y por un futuro mejor (Preámbulo, I, p. 97858)

En mi opinión, no sería nocivo buscar la mejora económica, y la educación debe ofrecer herramientas para ello, no obstante, debería ser una meta común, sin fomentar la competitividad entre el alumnado, que si bien es cierto que puede ayudar a superarnos a nosotros mismos, si se vive como algo obsesivo y obligatorio, puede generar frustración, estrés y abandono, cosa que disiente con el sentido de fomentar el pleno desarrollo personal y profesional, y mucho más con el bienestar individual y colectivo.

Por otro lado, en lo que se refiere a cambios estructurales, nos encontramos con el nuevo y polémico modelo de gestión de los centros. Lo que era un modelo participativo en el cual, los diferentes miembros de la comunidad tienen un cierto poder, pasa a ser un modelo gerencial, potenciando la función del director. Las responsabilidades y decisiones que antes eran competencia del Consejo Escolar, como el PEC, entre otros, pasaría a ser ahora compromiso del director, quedando el Consejo reducido a órgano de consulta. En este sentido, según se expone en la ley, la reforma contribuirá a reforzar la capacidad de gestión de la dirección de los centros, confiriendo a los directores, como representantes que son de la Administración educativa en el centro y como responsables del proyecto educativo, la oportunidad de ejercer un mayor liderazgo pedagógico y de gestión en beneficio de la calidad educativa (p.97864); pero otros autores opinan que este nuevo modelo es autoritario, centralizado y poco participativo, e imita la gestión privada, incorporando a la escuela pública, diseños, métodos y prácticas del sector privado, con intención de privatizar lo público (Bernal, 2014).

Y en medio de este contexto, la promoción de la salud también se ha transformado en esta norma, haciéndose aún menos visible respecto de la ley española anterior. Se dedica apenas unas líneas a la educación para la salud. La salud únicamente pasa a explicitarse en las disposiciones finales, mencionando la importancia de la promoción de actividad física y dieta equilibrada en las diferentes etapas educativas. Así, en la disposición adicional cuarta, se puede leer:

Las administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la dieta equilibrada formen parte del comportamiento infantil y juvenil...en los términos y condiciones que, siguiendo las recomendaciones de los organismos competentes, garanticen un desarrollo adecuado para favorecer una vida sana, saludable y autónoma (p.97916).

En lo que se refiere al cambio metodológico curricular, cabe destacar que, en general, varían algunos aspectos, pero sin alterar el contenido. El gobierno central será quien determine los contenidos comunes, los estándares de aprendizaje evaluables y el horario lectivo mínimo del bloque de asignaturas troncales (Matemáticas, Ciencias, Lengua y Literatura, Historia e Idioma Extranjero) (p.97868). Desaparece la asignatura de Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos. Esta necesidad se aborda de forma transversal, al incorporar la educación cívica y constitucional a todas las asignaturas durante la educación básica, de forma que la adquisición de competencias sociales y cívicas se incluya en la dinámica cotidiana de los procesos de enseñanza y aprendizaje (p.97866). También aparecen nuevas asignaturas como Valores culturales y sociales en la etapa de Primaria y Valores éticos en Secundaria, que se plantean en sustitución de la Religión.

En este sentido, no se apuesta por la actualización de los contenidos con los que trabajar en las aulas, de cara a hacerlos más actuales y significativos para el alumnado en lo que se refiere a la salud. Se tiende a reforzar materias instrumentales (Matemáticas, Tecnología, entre otras), pero en ningún precepto de la norma se habla de fortalecer el resto de las materias, imprescindibles para inculcar otros valores encaminados hacia una ciudadanía igualitaria, justa y solidaria, y mucho menos abre la posibilidad a la promoción de la salud, tan importante para el logro de un desarrollo y crecimiento saludable. Así, por ejemplo, la violencia de género, que hoy en día constituye un problema de salud pública, que puede incluso ocasionar consecuencias letales, se reduce a unas líneas, avivando la duda así, de la importancia relativa de estos aspectos, versus otras materias a las que se dedica gran parte del texto.

Según Trujillo (2013), las ocho competencias básicas se reducen a dos: Comunicación lingüística y competencias en Matemáticas, Ciencia y Tecnología e Ingeniería, que se convierten en asignaturas troncales. Esto vuelve a poner de manifiesto las opiniones que aluden a que esta reforma estaría basada en las evaluaciones externas como PISA.

Claramente, estas dos competencias son las que destacan en esta norma, dejando de lado otras como la competencia social y ciudadana, la competencia cultural y artística, aprender a aprender, la competencia digital o la iniciativa y el espíritu emprendedor, y por supuesto, no se alude a las competencias en salud.

En general se determina que materias de ciclo como comprensión lectora, la expresión oral y escrita, la comunicación audiovisual, las Tecnologías de la Información y la Comunicación, el emprendimiento y la educación cívica y constitucional se trabajarán en todas las materias (cap. III). No obstante, teniendo en cuenta que las competencias básicas se entienden como los aprendizajes imprescindibles que debe dominar la mayoría del alumnado para saber defenderse adecuadamente en la vida y para seguir aprendiendo en las siguientes etapas educativas, el hecho de que no se reconozca la competencia de la salud, estaría reafirmando de alguna manera que ésta no es imprescindible para muchos de los ciudadanos a la hora de afrontar los retos de la vida.

En lo que respecta a la distribución de competencias de los centros docentes, queda precisado que éstos pueden desarrollar y complementar, en su caso, el currículo de las diferentes etapas y ciclos en uso de su autonomía (p.97868):

- Complementar los contenidos de los bloques de asignaturas troncales, específicas y de libre configuración autonómica y configurar su oferta formativa.
- Diseñar e implantar métodos pedagógicos y didácticos propios.
- Determinar la carga horaria correspondiente a las diferentes asignaturas.

Un margen de autonomía, como se observa, similar al que ya promulgaban las anteriores normas, dejando la libre elección al centro (como ya se venía haciendo), de integrar materias o contenidos relacionados con la promoción de la salud.

Para finalizar, cabe decir que esta ley es tan reciente, que aún no se disponen de datos para poder analizar los resultados de cualquier tipo de la misma. Lo que sí hay que señalar en lo referido especialmente, a la parca importancia que se otorga a la promoción de la salud en la norma, es que esto no deja de ser contradictorio, teniendo en cuenta que la educación en esta nueva reforma persigue la consecución estratégica de una Europa 2020 en que la salud, es elemento clave e imprescindible para garantizar el éxito y el crecimiento.

2.9.1. Consideraciones acerca de la promoción de salud en España respecto del sistema educativo europeo

Una vez analizadas las leyes en su contexto, vemos que el reflejo de la promoción y educación en salud en la legislación educativa no ha sido explícito a lo largo de estas décadas, sino que deja margen a la interpretación en muchos de sus preceptos relacionados con este tema. No empieza a contemplarse de forma manifiesta hasta la entrada en vigor de la LOGSE (1990), donde se produce el cambio más profundo introduciendo, por primera vez, el concepto de educación para la salud como tema transversal presente en las áreas curriculares, esto es, no supuso una asignatura más, sino que formaría parte de algunas de ellas. Se puede decir que no ha habido cambios significativos en relación con la educación para la salud entre una ley y la anterior desde 1990, sino más bien, las sucesivas leyes han constituido casi una reformulación de lo precedente, quedando siempre en un segundo plano, cada vez menos visible.

Si bien es cierto que la LOGSE ofreció un gran paso en lo que se refiere a la inclusión de la salud en el entorno escolar, sin embargo, podríamos afirmar que obviamente ha sido insuficiente, atendiendo a los datos de salud que revelan un aumento de las patologías crónicas relacionadas con los estilos de vida que tiene lugar en nuestro entorno, suponiendo éstos el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la OMS (Andradas et al., 2014). En este sentido, García et al. (2000), consideran que la salud en tanto que es *corpus* de conocimiento consolidado y en expansión; más que una materia transversal, la EpS, debería ser abordada sistemáticamente, adaptada a los diversos niveles de desarrollo de los alumnos, como una materia específica y obligatoria dentro del currículum formativo escolar, tal y como ya se viene haciendo en otros países de la Unión Europea.

En Reino Unido, por ejemplo, desde 1909, se establecía la obligatoriedad de la inclusión de la EpS en la escuela. Asimismo, la asignatura “ciudadanía, educación social y salud” es de obligatorio cumplimiento tanto en primaria como en secundaria (Monsalve, Gallego, & Aguilar, 2013). Alemania por su parte, tiene un programa fuerte de EpS. Cuentan con el programa nacional Educación y Salud que pretende apoyar a la escuela en la promoción y prevención de la salud. Todos los centros de educación infantil, primaria y secundaria participan de este programa. La EpS está dentro de la política educativa de este país, ya que aporta unos resultados positivos que elevan la calidad

de la escuela. Cabe destacar que, en Alemania, los profesores coordinadores del programa, reciben una reducción lectiva y se financia personal externo para apoyar el proyecto (Monsalve et al., 2013). La legislación francesa, sería un modelo para seguir según esta autora. El Instituto Nacional de Prevención y educación para la salud junto con el Ministerio de Educación, desarrollan numerosos programas y seguimientos en escuelas. Tienen presente la EpS es muy importante en el desarrollo diario de la vida escolar y se trabaja de forma obligada. Además, tienen la figura del médico y enfermero escolar. La educación sexual es obligatoria, y los padres no pueden optar a sacar a sus hijos fuera. (Monsalve, 2013; Monsalve et al., 2013).

A diferencia de estos países, en España la EpS no es de obligado cumplimiento, quedando a la voluntad del profesorado y del centro escolar. Como cambio destacable desde 1990, se podría considerar la inclusión de las asignaturas de educación para la ciudadanía y ciencias para un mundo contemporáneo, que permite tratar más específicamente aspectos de salud relacionados con la adquisición de habilidades sociales como el pensamiento crítico, identidad y diversidad, así como la resolución de conflictos. No obstante, estas asignaturas quedan eliminadas con la nueva reforma, pasando a ofrecerse estos contenidos nuevamente de forma transversal.

Si bien es cierto que los centros escolares se han ido abriendo progresivamente a la comunidad educativa, integrándose padres y otros agentes clave en la educación del alumnado, sin embargo, no termina de cuajar en cuanto a la integración de acciones de promoción de la salud, que como hemos ido desgranando en esta tesis, ha estado cargada de numerosas limitaciones y dificultades contextuales. Cabe señalar además que, con la última reforma de la LOMCE, esta participación queda relegada a la información y consulta.

Es preciso un cambio, pero la experiencia ha demostrado que no basta con repetir los errores del pasado, que con toda probabilidad producirá resultados similares, sino que, es necesaria la reconversión hacia un mayor soporte legislativo que garantice una educación para la salud firme, segura y eficaz. A pesar de que España, en comparación con otros países europeos, es uno de los que tiene más textos legales sobre EpS en el ámbito escolar, en ninguno de ellos indica que ésta sea de obligado cumplimiento, dando lugar a que se trate de forma transversal y dejando al centro escolar decidir, según sus prioridades, si se integra en el proyecto educativo (Monsalve, 2013).

En el fondo, no se ha hecho una reforma profunda en lo referido a educación para la salud, tal y como requeriría la situación, atendiendo a los datos y objetivos de salud expuestos en apartados anteriores. Es más, con la LOMCE, la salud pasa aún más desapercibida. En todos los intentos en nuestro ámbito por cambiar la educación a través de las diferentes leyes, no se ha proporcionado al concepto de salud la categoría merecida y sigue siendo una prioridad de segundo plano, con numerosas limitaciones y dificultades contextuales. Se hace difícil entender cómo se van a conseguir mejores hábitos de vida y, por consiguiente, mejor salud, cuando después de estas últimas décadas no ha habido ningún desarrollo en la educación para la salud en la escuela, a pesar de las recomendaciones expertas, que lo consideran un entorno clave para la promoción de salud, y a pesar de que, como ya se ha mencionado, la salud constituye un elemento clave para garantizar el éxito y el crecimiento hacia una Europa 2020.

2.10. Promoción de la salud en el currículum escolar

El currículum educativo es el documento base que guía las actividades escolares para cada una de las etapas de enseñanza del sistema educativo, en consonancia con la legislación vigente. Los currículos están orientados a la adquisición de las competencias básicas que contribuyen al desarrollo personal de los alumnos. Así, se debe proporcionar al alumnado, una educación que, de acuerdo con dichas competencias, permita desarrollar no sólo habilidades académicas, sino también capacidades personales y habilidades sociales. Precisamente por este motivo, es importante para el progreso de esta tesis conocer si la promoción de la salud conforma en el currículum actual de enseñanza, una competencia más y de qué forma se ha integrado en éste.

Desde esta perspectiva, el siguiente análisis queda centrado en las etapas de enseñanza básica obligatoria (Primaria y Secundaria) del contexto catalán, puesto que es en este contexto en el que se ha enmarcado el segundo objetivo general de la investigación y es a este alumnado, a los que la promoción de la salud debería llegar en mayor medida, esencialmente por la condición de obligatoriedad de la escolarización.

Las competencias básicas se conciben como las capacidades que el alumnado debe lograr al acabar la escolarización obligatoria permitiendo su incorporación a la sociedad

como ciudadano/a activo/a y asegurar los fundamentos sobre los cuales construirá su proceso formativo a lo largo de toda la vida. Implica la capacidad de la persona de resolver problemas reales, en contextos diversos, integrando conocimientos, habilidades y actitudes, y otros componentes una acción eficaz y satisfactoria⁵⁹.

Estas competencias tienen su origen en la Recomendación 2006/962/EC del Parlamento Europeo y del Consejo⁶⁰, donde se aludía a la necesidad de la adquisición de “competencias clave” por parte de la ciudadanía, como condición indispensable para lograr la plena realización personal, la ciudadanía activa, la cohesión social y la empleabilidad en la sociedad del conocimiento. Se identificaban claramente ocho competencias clave esenciales para el bienestar de las sociedades europeas, el crecimiento económico y la innovación, y se describían los conocimientos, las capacidades y las actitudes esenciales vinculadas a cada una de ellas. En España se incorporan al sistema educativo no universitario con el nombre de “competencias básicas” (comunicación lingüística, competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología; competencia digital; aprender a aprender; competencias sociales y cívicas; sentido de iniciativa y espíritu emprendedor; conciencia y expresiones culturales), siendo la LOE (2006), la que introduce el término por primera vez en la normativa educativa (“Orden ECD/65/2015”, 2015).

A partir de aquí, los Decretos por los que se establecen las enseñanzas mínimas de las diferentes etapas educativas incorporan estas competencias al currículo, con objeto de enfatizar aquellos aprendizajes que se consideran imprescindibles para cada período educativo. La programación de todas las actividades del centro, tanto de aula como complementarias y extraescolares, ha de contribuir a la adquisición de las competencias básicas propias de cada ámbito (Tabla 6).

Tabla 6. Competencias básicas propias de cada ámbito. Elaboración propia.

Etapa de Primaria	Etapa de Secundaria
1. Competencia comunicativa lingüística i audiovisual 2. Competencia matemática	1. Comunicación lingüística 2. Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología.

⁵⁹ Extraído del Decreto 119/2015, de 23 de junio, de ordenación de las enseñanzas de la educación primaria. art. 6.

⁶⁰ Recomendación 2006/962/EC, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente.

3. Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico 4. Competencia artística y cultural 5. Competencia digital 6. Competencia social y ciudadana 7. Competencia de aprender a aprender 8. Competencia de autonomía e iniciativa personal	3. Competencia digital. 4. Aprender a aprender. 5. Competencias sociales y cívicas. 6. Sentido de iniciativa y espíritu emprendedor. 7. Conciencia y expresiones culturales.
--	--

Fuente: Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria; Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato.

La propuesta de aprendizaje por competencias ha sido y sigue siendo el modelo más reciente de los currículos educativos en España. En Cataluña, el currículum también está basado en esta misma metodología y evaluación competencial. Está fundamentado especialmente en los preceptos de la LEC, en las directrices de la Unión Europea, el Estatuto de autonomía de Cataluña, y en el Plan para la reducción del fracaso escolar en Cataluña 2012-2018, y pretende, entre otras cosas, consolidar el trabajo por competencias en la escuela (Gencat Dept Ensenyament, 2015). Actualmente se estructura en torno a ámbitos y áreas de conocimiento (Tabla 7).

Tabla 7. Organización del currículum educativo catalán para la etapa de Primaria y Secundaria. Elaboración propia.

	Ámbito	Áreas de conocimiento
Etapa de Primaria	Ámbito de conocimiento y del medio	- Conocimiento del medio natural, social y cultural
	Ámbito artístico	- Educación artística (visual, plástica, música y danza)
	Ámbito de educación física	- Educación física
	Ámbito lingüístico	- Lengua castellana/catalana y literatura - Primera lengua extranjera - Lengua aranesa (en la comarca de Arán).
	Ámbito matemático	- Matemáticas
	Ámbito de educación en valores	- Educación en valores sociales y cívicos o religión (en función de la elección de las familias)
	Ámbito digital*	
Etapa de Secundaria	Ámbito Lingüístico	- Lengua castellana/catalana y literatura - Lenguas extranjeras

	- Lengua aranesa (en la comarca de Arán) - Latín (materia optativa)
Ámbito matemáticas	- Matemáticas - Matemáticas académicas aplicadas
Ámbito científicotecnológico	- Ciencias de la naturaleza: biología y geología; física y química; ciencias aplicadas a la actividad profesional - Tecnología - Tecnologías de la información y la comunicación (informática) - Cultura científica - Física y química y ciencias aplicadas a la actividad profesional - Biología y geología y ciencias aplicadas a la actividad profesional - Tecnología y tecnologías de la información y la comunicación (informática)
Ámbito social	- Ciencias sociales: geografía e historia - Emprendimiento. - Cultura clásica. - Economía - Emprendimiento
Ámbito artístico	- Educación artística (visual, plástica). - Música - Artes escénicas y danza
Ámbito de educación física	- Educación física
Ámbito de cultura y valores	- Cultura y valores éticos - Filosofía - Religión
Ámbito digital*	
Ámbito personal y social*	

Fuente: Decret 119/2015, de 23 de juny, d'ordenació dels ensenyaments de l'educació primària; Decret 187/2015, de 25 d'agost, d'ordenació dels ensenyaments de l'educació secundària obligatòria.

Cada una de estas áreas contribuye al desarrollo de las competencias básicas, que a su vez determinan el logro de los objetivos educativos de cada etapa. Es precisamente en estos objetivos, donde se detectan algunos aportes relacionados con la salud. Para la etapa de primaria⁶¹:

- Adquirir habilidades para mantener y mejorar el clima de convivencia y gestionar de forma positiva los conflictos, tanto en el ambiente familiar como en el individual y social.

⁶¹ Extraído Decret 119/2015, de 23 de juny, d'ordenació dels ensenyaments de l'educació. art. 3.

- Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo y el medio ambiente, y contribuir a su conservación y mejora. (s)
- Adquirir autonomía personal y elaborar una imagen positiva y equilibrada de uno mismo.
- Adquirir elementos básicos de una correcta educación vial y actitudes de respeto que favorezcan la prevención de accidentes de tráfico.
- Desarrollar las capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en la manera de relacionarse, y aquellas que fomenten la igualdad de género, así como una actitud contraria a la violencia y a los prejuicios de cualquier índole.
- Valorar la importancia de la higiene y de la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los demás, respetar las diferencias y utilizar la educación física para favorecer el desarrollo personal y social.

Y en secundaria⁶²:

- Fortalecer las capacidades afectivas en todos los ámbitos de personalidad y de relación con los demás, rechazando la violencia y los prejuicios de cualquier tipo, comportamientos sexistas.
- Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los demás, respetando las diferencias, reafirmar los hábitos de salud e incorporar la práctica de la actividad física y el deporte en la vida cotidiana para favorecer el desarrollo personal y social.
- Conocer la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad y preservar el derecho a la igualdad.
- Valorar la necesidad de uso seguro y responsable de las tecnologías digitales, teniendo cuidado de gestionar la propia identidad y el respeto a los demás.

A pesar de que la promoción de la salud está incluida entre los objetivos educativos adquiriendo así un cierto grado de importancia, es necesario señalar que está integrada como elemento transversal en el currículo y no se trabaja en todas las áreas curriculares, ni de forma obligatoria. Desde esta perspectiva, se realiza a continuación un análisis de

⁶² Extraído Decret 187/2015, de 25 d'agost, d'ordenació dels ensenyaments de l'educació secundària obligatòria. art. 3.

los elementos curriculares relacionados con la promoción de salud en las etapas educativas de Primaria y de Secundaria, reflexionando acerca de las competencias de salud encontradas en los diferentes ámbitos y áreas de conocimiento: en la etapa de Primaria se observan dichas competencias en los ámbitos de conocimiento del medio; educación física; educación en valores y ámbito digital. En la etapa de Secundaria se observan en los ámbitos científicotecnológico; social; educación física; cultura y valores; ámbito digital.

2.10.1. Etapa de Primaria

Ámbito de conocimiento del medio: áreas de conocimiento del medio natural y de conocimiento del medio social y cultural.

Las competencias básicas en este ámbito se agrupan en cuatro dimensiones, una de las cuales hace referencia a la salud.

- Dimensión de salud y equilibrio personal: relacionada con el equilibrio físico, mental y social, y el logro de una vida autónoma, feliz y solidaria. Se podría afirmar que ésta es el área del currículum donde se incorpora la promoción de la salud de forma más explícita. Se reconoce la necesidad de disponer de unos recursos y conocimientos que permitan al alumno tomar decisiones oportunas de salud. Las competencias en esta dimensión están relacionadas con la adopción de hábitos sobre alimentación, actividad física y descanso para conseguir el bienestar. La toma de consciencia del propio cuerpo, de las emociones y sentimientos propios y ajenos para conseguir el equilibrio emocional y favorecer la convivencia. Y la toma de decisiones adecuadas sobre higiene y salud con conocimientos científicos para la prevención de enfermedades.

Los contenidos más específicos del área de conocimiento del medio natural y social en relación con las personas y la salud comprenden la identificación de las diferentes partes del cuerpo nutrición y diferentes tipos de alimentos, principales enfermedades relacionadas con los órganos de los sentidos. La valoración de una alimentación sana y variada. Morfología extensa del cuerpo, hábitos de higiene, descanso, ejercicio que

favorecen la vida saludable, expresión de sensaciones y emociones personales, respetando las del resto, gestión del tiempo libre, individual y colectivo en ciclo medio. Reconocimiento de la dimensión afectiva de la sexualidad y de otros órganos relacionados con la función de reproducción. Riesgos del consumo de tabaco y alcohol. Actuación de primeros auxilios para ayudarse y ayudar a los otros.

Ámbito de educación física: área de educación física.

La escuela ha de ofrecer a los alumnos medios y recursos para integrar la actividad física en la vida cotidiana y establecer así una tendencia que potencie su desarrollo motriz, su capacidad de socialización, su salud y su integridad como persona. Este ámbito tiene un carácter transversal, por tanto, establece relaciones con otras áreas dada su potencialidad educativa. Las competencias básicas de este ámbito también están agrupadas en cuatro dimensiones. Se resaltan dos de ellas en lo que se refiere a elementos curriculares de promoción de salud.

- Dimensión actividad física: entre las competencias de esta dimensión se encuentra llegar a conocer, desarrollar y fortalecer el cuerpo, mejorando el funcionamiento del aparato locomotor, cardiorrespiratorio, equilibrar el sistema nervioso, y proporcionar beneficios para la salud y el bienestar.
- Dimensión hábitos saludables: se trata de conocer y cuidar el cuerpo desde una perspectiva integral e incorporar hábitos que combinen equilibradamente la alimentación, actividad física y el descanso para poder vivir cada vez de forma más saludable, incorporando la práctica regular de actividades físicas como hábito saludable. La competencia principal por adquirir en esta dimensión es valorar la práctica habitual de la actividad física como factor beneficioso para la salud.

Como contenidos clave en relación con la actividad física y la salud, destaca el contenido de hábitos higiénicos, corporales y alimentación saludable.

Ámbito digital.

Este ámbito parte de la base de que las competencias digitales son indispensables para toda persona que quiera interactuar con normalidad en la sociedad actual. Para facilitar

el despliegue de las competencias, se agrupan en cuatro dimensiones. Entre éstas, destaca por sus aportes en promoción de la salud:

- Dimensión de hábitos, civismo e identidad digital: se pretende que el alumno establezca la distinción entre la bondad que supone el buen uso de la tecnología e Internet y los perjuicios que le puede suponer adquirir conductas adictivas. Por eso, la información sobre los buenos usos en prevención de la salud física y mental en medios tecnológicos, han de aplicarse en cada una de las concreciones de las competencias digitales. También, el uso de la tecnología comporta que el alumno tenga que aprender a analizarlos y a tomar consciencia de la necesidad de hacer un uso crítico, seguro, legal y saludable, responsable y sostenible. Por tanto, la competencia a destacar en relación con la salud es desarrollar hábitos de uso saludable de la tecnología y actuar de forma crítica, prudente y responsable de uso de las TIC.

Ámbito de la educación en valores.

El objetivo de este ámbito es ofrecer elementos a los alumnos para que sean capaces de vivir plenamente de manera responsable y feliz de tal forma que puedan contribuir a su vez al bienestar de quien los envuelve. El enfoque de las áreas que lo componen ha de poner énfasis especial en el logro de actitudes y hábitos de conducta a lo largo de toda la etapa y en la adquisición de habilidades mentales autoconocimiento, de autocontrol, de empatía y de asertividad. Las dimensiones en las que se encuentran aportes de promoción de salud (especialmente en el contexto social, afectivo y emocional) son:

- Dimensión personal: incluye las competencias que prevén el reconocimiento de las emociones y sentimientos propios y las habilidades de pensamiento y de razonamiento que han de orientar la capacidad de tomar decisiones y actuar de manera autónoma y crítica. Además, habilidades para hacer frente a los cambios y dificultades para alcanzar el bienestar personal.
- Dimensión interpersonal: prepara al alumnado para una relación armónica y respetuosa con los otros y para la resolución de las situaciones de conflicto a través del diálogo.

- Dimensión social: comporta las competencias de analizar el entorno con criterios éticos y buscar soluciones alternativas a problemas y mostrar actitudes de servicio y compromiso social.

Todo ello comporta contenidos clave relacionados con habilidades sociales, tales como sentimientos y principios morales, identificación de emociones propias y de los demás, empatía, asertividad, actitudes que contribuyen al bienestar emocional del grupo, hábitos cívicos y de convivencia.

2.10.2. Etapa de secundaria

En la etapa de secundaria, las áreas en que se trabaja la promoción de la salud son las siguientes:

Ámbito científicotecnológico. Biología y geología. Física y química. Tecnología.

El despliegue de las competencias se agrupa en tres dimensiones. De éstas, se pueden encontrar aspectos relacionadas con la promoción de salud en una de ellas:

- Dimensión Salud: relacionada con la capacitación para adoptar medidas de prevención y hábitos saludables a nivel individual y social, fundamentadas en el conocimiento de las estrategias de detección y respuesta del cuerpo humano. Capacitación para aplicar medidas preventivas en relación con las conductas de riesgo y enfermedades asociadas al consumo de sustancias adictivas. Adoptar hábitos de alimentación variada y equilibrada con objeto de evitar trastornos alimentarios y enfermedades asociadas. Y para dar respuesta a las cuestiones sobre sexualidad y reproducción humanas, valorando las consecuencias de las conductas de riesgo.

En cuanto a los contenidos clave, están relacionados con: efecto de las conductas de riesgo y de los condicionantes sociales, sobre la salud individual y colectiva. Prevención y buenos hábitos. Efectos psíquicos de las drogas sobre el organismo, factores de riesgo y de protección del consumo de drogas y consecuencias sociales del consumo. Tolerancia, dependencia física y psicológica. Enfermedades asociadas a la nutrición.

Ámbito social. Ciencias sociales. Geografía e historia.

Estructurada en cuatro dimensiones. La que aborda competencias de salud es:

- Dimensión ciudadana: la consecución de las competencias que incluye esta dimensión conlleva respetar la identidad propia y la de los demás, rechazando comportamientos y actitudes irracionales, desarrollando valores, habilidades y actitudes fundamentales de convivencia, con una atención especial a la discriminación de género.

Los contenidos clave están relacionados con la pertinencia y cohesión social. Situación de desigualdad, discriminación. Sin duda, aportes que pueden responder a una buena salud emocional y social.

Ámbito de educación física.

Las competencias se despliegan también en cuatro dimensiones, destacando por sus aportaciones en promoción de salud la siguiente:

- Dimensión actividad física saludable: por un lado, está dirigida a la práctica de actividad física para la mejora o mantenimiento de la condición física y, por otro lado, dirigida a la adquisición del conocimiento y valoración de los efectos beneficiosos y perjudiciales para la salud derivados de los diferentes estilos de vida.

Algunos de los contenidos clave son afines a la higiene corporal y la salud física y psicológica en la práctica de actividades físicas. Hidratación, alimentación, descanso. Salud y sustancias tóxicas. Respiración y relajación. El cuerpo como modelo de identidad.

Ámbito cultura y valores. Cultura y valores éticos.

Estructurada en tres dimensiones, incluye entre otras, competencias dirigidas a mejorar la autonomía personal del alumnado fundamentada en la deliberación reflexiva, serena y con criterios, considerando las consecuencias de los propios actos y los haga

conscientes de las responsabilidades que se derivan de ello. Las competencias más afines a la salud, especialmente salud en el contexto emocional y mental para este ámbito, se distribuyen de la siguiente manera:

- Dimensión personal: competencias relacionadas con la autonomía en la toma de decisiones y responsabilidad en los propios actos.
- Dimensión interpersonal: mostrar actitudes de respeto hacia los demás. Aplicar el diálogo en la resolución de conflictos.

Los contenidos clave son: criterios como fundamento de la toma de decisiones (decisiones en salud, por ejemplo). Los derechos humanos como deberes morales (por ejemplo, en la violencia de género), situaciones y contextos de conculcaciones de los derechos humanos y de las libertades. Valores universales y valores compartidos. Actitudes de tolerancia. Microagresiones y bullying.

Ámbito digital.

En lo que se refiere a la salud, encontramos la relación en las conductas de uso y abuso de las tecnologías. Se trata de fomentar una actitud crítica en esta área para contribuir a la prevención de problemas de conducta y adicciones. Así como el conocimiento de las posibles lesiones físicas y psíquicas derivadas de un trabajo continuado con objeto de prevenir riesgos. Además, gestión eficaz de la identidad digital, la privacidad y reputación personal, que contribuye sin duda, a la buena salud mental y social. De las cuatro dimensiones, la que aporta estas competencias relacionadas con la salud es:

- Dimensión ciudadana, hábitos, civismo e identidad digital: refiriéndome especialmente al fomento de hábitos de uso saludable de las TIC vinculadas a la ergonomía para la prevención de riesgos. Actuar de forma crítica y responsable en el uso de las TIC, considerando aspectos de seguridad, entre otros.

Los contenidos educativos a destacar: ergonomía, salud física y psíquica. Identidad digital y riesgos de una mala gestión de la privacidad.

En definitiva, se puede afirmar que la promoción de la salud no se proyecta como una materia más en la que se imparten contenidos de salud, sino como un conjunto de

contenidos incluidos transversalmente en algunas de las áreas de conocimiento. Desde esta perspectiva, cabe preguntarse si desde el ámbito educativo se otorga la importancia merecida a la promoción de salud como para garantizar el crecimiento y el desarrollo no sólo individual, sino de toda la población, y si es el momento de considerar la concepción de una nueva materia con contenidos de salud explícitos adaptados a cada etapa educativa. Dicha reflexión se aborda en el apartado siguiente.

2.11. Educación para la Salud como materia del currículum educativo

Si comparamos el currículum actual de Cataluña (2015) con el anterior (2007)⁶³ cimentado en los preceptos de la LOE, se observa que no ha habido cambios significativos en lo que se refiere a la promoción de la salud para las etapas de Primaria y Secundaria. La salud se continúa proyectando de forma transversal, y al igual que en el marco normativo anterior, los centros docentes son los que deben desarrollar y contemplar el currículo educativo establecido por la administración en su Proyecto Educativo de Centro (PEC).

Se podría afirmar que aquí está una de las principales dificultades. Para autores como Monsalve (2013), la educación para la salud en España está bien definida, tiene objetivos fijados, así como contenidos establecidos, pero no sirve de nada si al final del proceso, es el centro el que decide si tratar o no este eje transversal en su proyecto de centro. No cabe duda de la eficacia de las intervenciones de asesoramiento en salud llevadas a cabo en los centros educativos, especialmente en la contribución de crear estilos de vida saludable; pero “esto queda a la voluntad del centro escolar o de los propios docentes. La materia de EpS tendría que estar establecida de una manera explícita en el currículo escolar y no sólo tratarla de manera trasversal” (p.336).

Esta misma autora afirma que el centro y equipo docente, así como familia y comunidad que participan en él, es quien debe garantizar el cumplimiento de las competencias en salud. Los centros de enseñanza son los encargados de diseñar y temporalizar los

⁶³ DECRET 142/2007, de 26 de juny, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments de l'educació primària y DECRET 143/2007, de 26 de juny, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments de l'educació secundària obligatòria.

contenidos y las actividades que contribuyan al desarrollo de las competencias básicas. Y, sin duda, trabajar en estas competencias contribuye al desarrollo saludable del alumnado. Pero esto, como ya se advertía en apartados anteriores, se ha venido llevando con serias dificultades; por un lado, por parte del profesorado con problemas para asumir tanto la carga de trabajo, como contenidos específicos del ámbito de la salud; y por otro lado, dificultades de los profesionales sanitarios, con demasiadas presión asistencial y escasa aptitud pedagógica, como para asumir de forma continuada la educación para la salud en el entorno escolar, lo que hace que se lleve a cabo, mayormente, de forma puntual y voluntaria.

A pesar de que la UE sigue apostando por la promoción de salud como parte importante de la estrategia de crecimiento y desarrollo hacia una “Europa 2020”, y que en las nuevas normativas educativas se deja claro que a través del nuevo currículo se pretende abrir una puerta a este enfoque, sin embargo, en lo que respecta al ámbito educativo, el presupuesto en España es cuestionable, siendo uno de los países que menos invierte en educación. Según el último informe, en 2014, los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) dedicaron de media un 5,2% de su PIB a instituciones educativas⁶⁴; en España este porcentaje fue del 4,3%, uno de los más bajos de toda la UE y en Cataluña, aún menor, 3,60% (“Institut d’Estadística de Catalunya”, 2015; “Panorama de la educación”, 2015).

Asimismo, aunque el vigente currículum educativo de Cataluña se intenta adaptar a los cambios sociales en lo que se refiere a los contenidos, y se puede ver que se han ido añadiendo aportes de promoción de la salud sobre conductas de riesgo presentes y reales en la sociedad actual (bullying, uso de las tecnologías digitales, entre otros). Sin embargo, en lo que se refiere a su puesta en marcha, no ha habido cambios relevantes a lo largo de estos años. La promoción de la salud sigue constituyendo en el sistema educativo catalán un elemento transversal en el currículo. Materias tradicionales como matemáticas o geografía han tenido más empuje en la educación que otros aspectos también importantes como el ambiente emocional y social, y la promoción de la salud se sigue proyectando de forma puntual en las áreas de conocimiento (Palacio & Sáez, 2001). Al no ser de carácter obligatorio, las intervenciones de salud en estas temáticas, no llega a todo el alumnado de igual manera, quedando subordinada a la

⁶⁴ Referido a los 21 países europeos que pertenecen a la OCDE.

responsabilidad y compromiso al maestro/a, el cual muchas veces lo afronta con falta de recursos y de formación en esta temática que obstaculizan su abordaje (Monsalve, 2013).

Dado que la salud y la educación son una prioridad para una nueva Europa 2020, se hace necesario invertir en promoción y educación para la salud como forma de garantizar el crecimiento y el desarrollo no sólo individual, sino de toda la población; y es imprescindible encontrar formas de llevar a cabo intervenciones efectivas, lo que justifica aún más la trama de esta tesis. En la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se reconocía la educación y salud como parte de la materia prima que sustenta una sociedad democrática. Ambas se relacionan íntimamente y facilitan el deseable bienestar social y el necesario desarrollo económico sostenible. Existe suficiente conocimiento científico para poder asegurar que un alto nivel de salud mejora la productividad en todos los ámbitos analizados, de ahí que la inversión en salud, incluyendo la inversión en las estructuras que aseguran la salud de la población (como es la escuela), sea una de las políticas públicas más rentables y, si además respeta la equidad efectiva, esencialmente justa.

Es el momento de considerar la concepción de una nueva materia de Promoción de la Salud, con contenidos de salud adaptados a cada etapa educativa a lo largo de todo el curso escolar, cuya configuración abarque la dimensión física, psicológica-emocional, afectiva-sexual, y social. Es decir, que abarque competencias de salud repartidas en estas dimensiones, permitiendo así un desarrollo integral y óptimo de la persona. No hay que olvidar que la finalidad de la educación no es únicamente proporcionar un desarrollo en la capacitación académica, sino que debe afianzar un adecuado desarrollo personal de bienestar físico y mental, así como de capacidades psicoafectivas y sociales en todos los ámbitos de la personalidad y en la relación con los demás. El principal objetivo es desarrollar actuaciones que favorezcan la adquisición de competencias en salud; conocimientos, habilidades y actitudes para el desarrollo positivo y para afrontar las situaciones de riesgo. Se trata en definitiva de acciones que faciliten al alumnado la elección y adopción de estilos de vida saludable.

Así, partiendo de los principales factores de riesgo referidos anteriormente, y siguiendo las recomendaciones de protocolos y guías para garantizar un desarrollo saludable en la etapa infantil-juvenil, se proponen a continuación (Tabla 8), una selección de

contenidos repartidos en cuatro dimensiones (física, mental, afectiva-sexual y reproductiva, social), que bien podrían conformar una nueva materia en relación con las necesidades de currículo educativo, tanto de la etapa de Primaria como de Secundaria, adaptando las intervenciones a los diferentes ciclos, en cumplimiento de la Estrategia hacia una Europa 2020. Dicha materia requeriría de una planificación adecuada y asignación considerable en el plan de estudios y la continuidad en las intervenciones educativas en salud; así como las alianzas estratégicas entre los sectores salud-educación, y la impartición por parte de profesionales expertos en esta área.

Tabla 8. Posibles contenidos de la materia curricular Educación para la Salud. Elaboración propia.

Dimensión	Descripción	Contenidos
Dimensión física	Competencias relacionadas con el desarrollo de hábitos favorables a la salud física y autocuidado en situación de enfermedad. Incluye la responsabilización de la propia salud y la de los demás; conductas de riesgo, problemas asociados a éstas y sus consecuencias en la salud física; gestión de situaciones de riesgo a través de medidas preventivas.	<p>Las intervenciones para trabajar los contenidos que se describen a continuación, deben de estar adaptadas a las diferentes etapas evolutivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentarios. Problemas de desarrollo físico relacionados con anomalías del peso y la alimentación: obesidad motivada por exceso de ingesta calórica y/o costumbres de la familia; retraso ponderal motivado por trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, intolerancias y alergias alimentarias, entre otros). Propiedades alimentarias. Alimentación equilibrada, control de grasas. • Ejercicio físico. Inactividad física y sedentarismo. Prevención de problemas a largo plazo (cardiovasculares, dolor articular y contracturas, bajo estado de ánimo, autoestima baja, entre otros). Educación postural (sedestación, ordenador, transporte de material escolar, entre otros). • Hábitos tóxicos y consumo de drogas. Prevención de problemas relacionados con los efectos nocivos del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. Hábitos familiares. • Higiene y salud bucodental (caries, enfermedad periodontal, maloclusiones). Higiene diaria y acné. Higiene del sueño. • Seguridad y prevención de accidentes. Accidentes domésticos, de tráfico y en el deporte. Primeros auxilios. Inmunizaciones (desmitificación y familiarización).
Dimensión mental	Teniendo en cuenta que la escuela es el marco donde se desarrollan los aprendizajes y las capacidades cognitivas, de sociabilidad y de relación, esta dimensión es indispensable para la adquisición	<p>Los contenidos se resumen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima, autoconcepto, autovaloración. Aceptación y respeto de la propia realidad corporal e identidad personal, y la de los demás. Relacionado con trastornos de personalidad en la edad adulta.

	<p>de competencias que permitan potenciar y promover el adecuado desarrollo psicológico en la infancia y la adolescencia a través de actividades educativas preventivas de tipo psicológico y psicosocial, en función de las diferentes necesidades y ritmos de aprendizaje del alumnado. Actitudes y habilidades de respuesta y afrontamiento ante determinadas situaciones cotidianas, así como en situaciones conflictivas, que pueden conformar problemas de aprendizaje, rendimiento escolar y maduración personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje de situaciones estresantes en la infancia/adolescencia. Estrés asociado con la escuela. Sobreestimulación de información. Relacionado con síntomas de depresión, problemas de atención, apatía, agresividad, entre otros. • Gestión de emociones/inteligencia emocional. Conocimiento y empleo de las emociones de forma positiva. Manejo de sentimientos de tristeza, irritabilidad, culpa, falta de ilusión, euforia, miedo. Relacionado con trastornos del comportamiento (desobediencia, mentira, baja tolerancia a la frustración, entre otras). • Relaciones familiares. Competencias para la identificación y abordaje de ambiente anormal y factores sociales estresantes. Manejo de sentimientos negativos ante conflictos y dificultades familiares. • Conducta responsable en relación con la propia salud. Autocuidado y cuidado de los demás. Desarrollo de actitud reflexiva y crítica. Desarrollo de la expresión de opiniones, sentimientos y emociones en relación con la salud. Toma de decisiones adecuadas de forma independiente. • Falta de atención y/o falta de concentración. Relacionado con trastornos por déficit de atención, problemas de conducta social y fracaso escolar. Habilidades de concentración y hábitos de estudio. Manejo de la impulsividad. Trazar metas y objetivos.
<p>Dimensión afectiva-sexual-reproductiva</p>	<p>A través de intervenciones educativas en esta dimensión, se trata de fomentar una visión de la salud afectiva, sexual y reproductiva desde una perspectiva positiva, coherente con los valores de la comunidad, basada en la responsabilidad, los derechos sexuales, la equidad de género y de los derechos sexuales. Para ello, se han de potenciar competencias reproductivas, afectivas, relacionales y de género, a través de intervenciones de perspectiva abierta, con enfoque global, sin desvincular las conductas sexuales de otros aspectos personales y vivenciales. Se trata de fomentar habilidades para la vida, y no únicamente centradas en la teoría y la técnica.</p>	<p>Teniendo en cuenta la adaptación de las intervenciones a cada etapa evolutiva del alumnado, los contenidos van enfocados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo puberal y caracteres sexuales. Cambios físicos. El cuerpo sexuado cambiante y vivencias. Menstruación. Eyaculación. • Diferencia sexual física y cultural. Estereotipos patriarcales, construcción cultural de la sexualidad según el género. • Expresión de los afectos. Exploración de la propia sensibilidad. Expresión con el cuerpo de aquello que quieren, sin dañar ni forzar a nadie. Contacto físico. Sexualidad y juego social. Falsos mitos. • Valoración de la propia belleza. Comprensión del propio cuerpo. Peso y talla estereotipado. Falsos mitos respecto de los atributos del cuerpo como garantía de una buena relación afectivo-sexual. • Identidad sexual. Diversidad sexual. Actitud negativa frente al vocabulario sexual insultante. Homosexualidad y heterosexualidad como opción de vida libre. Actitudes personales positivas frente a la sexualidad y la diversidad sexual. • Deseos, ensoñaciones. Ideal de sexualidad desconectado de sus propias vivencias. Respeto

		<p>de los deseos individuales. El ideal del amor romántico, creencias y actitudes distorsionadas de amor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de las relaciones sexuales. Valores y percepciones personales respecto de la decisión de mantener relaciones sexuales. Responsabilidad respecto a las relaciones sexuales interpersonales. Vinculación entre la sexualidad y el afecto. Contacto sexual versus relación sexual. Relación de pareja igualitaria y sana (sin sumisión, libre de violencia, entre otros factores). • Riesgos asociados con la actividad sexual sin protección. Percepción del riesgo. Infecciones de transmisión sexual, VIH. • Embarazo no deseado. Efectividad de los distintos métodos de protección. Anticoncepción de emergencia. • Sexualidad desde la igualdad y la corresponsabilidad entre mujeres y hombres. Relaciones igualitarias de género y responsabilización frente los otros. • Asertividad en la sexualidad. Habilidad para negarse al sexo no deseado, saber insistir en el uso de preservativo o contracepción, identificación de las diferentes formas de violencia, entre otros factores. • Actitud frente a la salud sexual y reproductiva de las diferentes culturas inmigradas. Mitos sobre la maternidad adolescente e inicio de las relaciones sexuales. Mutilación genital femenina. • Competencias socioafectivas: autoestima y autoconcepto. Valoración de actitudes sexuales individuales, normas percibidas, autoeficacia.
<p>Dimensión social</p>	<p>Se organiza en torno a la interacción con otras personas y a los factores del entorno. Se trata de desarrollar competencias que permitan entender la salud contextualizada en las diferentes situaciones sociales, teniendo en cuenta los riesgos del entorno y la conexión entre los comportamientos individuales y los estímulos sociales.</p> <p>Entender la salud como una responsabilidad individual y compartida. Comporta la adquisición de competencias relacionadas con la propia identidad personal, la adquisición de la idea de uno mismo como base de construcción del propio proyecto vital, optando por conductas saludables. Desarrollo de valores fundamentales de convivencia y compromiso social, desechando conductas irracionales</p>	<p>Los contenidos deben estar encaminados a la consecución de la buena salud del alumnado y del centro escolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de pertinencia y cohesión social. Estrategias de resolución de conflictos. Pandillas. • Redes sociales. Riesgo social digital. Principio ético en la utilización de los medios digitales. • Utilización de normas de convivencia pacífica y tolerante • Violencia entre iguales. Bullying. Aislamiento. Inhibición social. • Desigualdades. Violencia de género. Separación entre niños y niñas. • Actitud positiva hacia el medio para preservar la salud. Clima escolar.

	que comprometan la propia salud y la de los demás. Por último, capacidad de analizar el entorno y los factores que lo componen con criterio de salud y buscar soluciones alternativas a problemas derivados de éste.	
--	--	--

Fuente: García, 2003; Graciela & Jaramillo, 2006; Prats et al., 2008; UNESCO, 2010; Soler & del Campo, 2014.

CAPÍTULO 3. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD

El capítulo tercero está enfocado al profesional de enfermería promotor de salud en la escuela y su acción pedagógica.

Se tratan aspectos como la figura del agente educador de salud, el profesional de enfermería como promotor y educador en salud, su competencia pedagógica dentro de la titulación y sus perspectivas actuales. Se analiza también qué funciones cumple en el entorno específico de la escuela, así como la importancia que adquiere en dicho ámbito.

3.2. La competencia pedagógica del profesional de enfermería

Como se ha especificado en apartados anteriores, la práctica de la promoción de la salud exige un reconocimiento y la ocupación de un papel y unas competencias. Dado que precisamente uno de los grandes objetivos de esta tesis es determinar las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar, se considera de especial relevancia reflexionar acerca de la conceptualización del término, así como las interpretaciones que de éste se derivan.

Desde el punto de vista lexicológico, dicho vocablo encuentra su origen en el verbo latino “competere” (que significa ir al encuentro de una cosa, encontrarse), para pasar también a acepciones como *-responder a, corresponder, estar en buen estado, ser suficiente-*, y dando lugar a los adjetivos “competens-entis” (en la línea de competente, conveniente, apropiado para); y los sustantivos “competio-onis” (competición en juicio) y “competitor-oris” (competidor, concurrente, rival) (Tejada, 1999).

Según autores como Gómez del Pulgar (2013), en el ámbito sociolaboral —que es donde la competencia adquiere su máximo sentido— el término se empieza a conocer a principios del siglo XX a través del denominado concepto de «capacidad profesional», refiriéndose al conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes, cuya finalidad era la realización de actividades definidas y vinculadas a una determinada profesión. Más tarde, en la década de los sesenta, se introduce el concepto de «cualificación profesional», más cercano semánticamente al concepto de competencia, reconociéndose en éste, otras características como la autonomía y la flexibilidad; y ya en los años setenta se empieza a considerar el concepto de «competencia integrada», que tiene en cuenta las dimensiones humanas y sociopolíticas, además de la técnica, con objeto de procurar la adaptación de los trabajadores a las transformaciones del mercado laboral y de la sociedad en general.

Pero, es en los ochenta cuando según este autor el concepto de competencia cobra todo su significado motivado por el cambio en el papel profesional, que pasa de actuar de acuerdo con lo establecido previamente por la organización, a ser capaz de resolver los problemas de forma autónoma, con sus propias decisiones en función de lo que demande el contexto. De esta forma, en la década de los noventa, «las competencias»

empezaron a ser valoradas como un recurso clave en la obtención de resultados y una ventaja competitiva, de tal forma que, para hacer frente a las crecientes exigencias de calidad y reactividad, los procedimientos ya no eran suficientes, sino que se hacía necesario que los profesionales tomaran iniciativas pertinentes y ofrecieran respuestas apropiadas. Era preciso contar con la profesionalidad de los empleados.

Rodríguez (2010) describe la competencia como un constructo complejo que ha ido transformándose a través del ingente muestrario de definiciones aportadas por diferentes estudiosos, centrando su atención en tres enfoques teóricos principales: el racionalista (aplicado a la organización del trabajo y a la optimización de las prestaciones laborales); el holístico (el principal interés se centra en los resultados obtenidos por los individuos a través de una actividad dirigida hacia un puesto profesional); y el interpretativo (se concibe la competencia como un conjunto de atributos que dependen del contexto) (Rodríguez, Serreri, & Del Cimmuto, 2010).

Desde el punto de vista más técnico y laboral, Kane (1992) señalaba que un profesional es competente en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica (Falcó, 2004). Bunk (1994) afirmaba que la competencia es el conjunto de conocimientos, de destrezas y de aptitudes que se precisan para ejercer una profesión, para resolver problemas profesionales de una manera autónoma y flexible y para colaborar en el contexto y en la organización laboral. Para Mertens (1998), la persona competente es la que posee los atributos necesarios para desempeñar su trabajo de acuerdo con las normas idóneas (Rodríguez, 2006).

Desde una vertiente más académica, por competencia se entiende una combinación de conocimientos, habilidades (intelectuales, manuales, sociales, etc.), actitudes y valores que capacitarán a un titulado para afrontar con garantías la resolución de problemas o la intervención en un asunto en un contexto académico, profesional o social determinado (Sabater, 2007). De acuerdo con la definición oficial de la Comisión Europea, competencia es la capacidad demostrada de utilizar conocimientos y destrezas. El conocimiento es el resultado de la asimilación de información que tiene lugar en el proceso de aprendizaje. La destreza es la habilidad para aplicar conocimiento y utilizar

técnicas a fin de completar habilidades y resolver problemas (Pérez-Calero, 2012, p.660).

Desde el campo de la pedagogía, el Diccionario de las Ciencias de la Educación (1983) define la competencia como “la capacidad jurídica o profesional para llevar a cabo determinadas actividades”, haciendo referencia a la formación o preparación del profesorado para intervenir de un modo eficaz en el proceso educativo (Gómez del Pulgar, 2013, p.30). El Libro Blanco de Pedagogía lo describe como el “conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes aplicadas en el desempeño de una profesión. Implica el ser, el saber, en sus distintas aplicaciones, y el saber hacer” (Villa, 2005, p.155).

Otra aproximación al concepto de competencia es la proporcionada por la rama de la Psicología del Trabajo y la gestión de Recursos Humanos, más centrada en el enfoque de «Competencia Profesional». McClelland (1973) presentaba las competencias como aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo, las características y maneras de hacer de los que tienen un desempeño excelente. Richard Boyatzis, (1982) sitúa la competencia en relación con un excelente desempeño en un trabajo determinado. Un desempeño efectivo supone el logro de resultados específicos, a través de acciones específicas que se ajustan a las políticas, procedimientos y condiciones del entorno de la organización. Rodríguez y Feliu (1996) definen las competencias como el conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona que le permiten la realización exitosa de una actividad. Levy-Leboyer (1997) se refiere al término como un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que diferenciaban a los mejores en el desempeño de un trabajo determinado. Para Pereda y Berrocal (2002), la competencia es un ligado de comportamientos observables que llevan a desempeñar eficaz y eficientemente un trabajo determinado en una organización concreta (Gómez del Pulgar, 2013).

Cabe destacar también la definición de algunos organismos que han representado un marco de referencia en la determinación de competencias para las nuevas titulaciones en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). En el Proyecto Tuning Educational Structures in Europe (2003) se define la competencia como “una combinación dinámica de atributos, en relación con conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un

programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo”. Y la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación define el término competencia en 2004 como un conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo que capacitan al alumno para desarrollar las tareas profesionales recogidas en el perfil de egreso del programa. Por su parte, la AQU (2004), en el “Marc general per a la integració europea”, define la competencia como la combinación de saberes técnicos, metodológicos y participativos que se actualizan en una situación y un momento particulares. La Unión Europea (2005), en la “Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente”, lo define como una combinación de conocimientos, capacidades y actitudes adecuadas al contexto. Las competencias clave son aquellas que todas las personas precisan para su desarrollo y realización personal, así como para la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo (Gómez del Pulgar, 2013).

La OCDE (2003) en su Proyecto de Definición y Selección de Competencias (DeSECo) señaló la competencia como algo más que un sólo conocimiento y habilidad. Implica la capacidad de cumplir con complejas demandas, aprovechando y movilizandorecursos psicosociales en un contexto particular. Cada competencia reposa sobre una combinación de conocimientos, habilidades, actitudes, valores, emociones y motivaciones que cada individuo o cada grupo pone en acción en un contexto concreto para actuar de manera eficiente según la situación. Estableció tres grandes categorías de competencias (uso interactivo de diferentes herramientas: lenguaje, símbolos, texto, entre otros; interacción social en grupos heterogéneos: habilidad para cooperar y trabajar en equipo; y autonomía: defender y afirmar los propios derechos e intereses) (OCDE, 2005). Con este proyecto se brindó un marco conceptual firme que sirvió como fuente de identificación de competencias clave de carácter universal en relación con la economía global, la cultura y los retos del siglo XXI (Toribio, 2010).

Desde la vertiente de Enfermería, también se ha definido el término de competencia. Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 1997) la competencia se entiende como el nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio (Alexander & Runciman, 2003). Y se añade que, en el desempeño de las funciones de la enfermería según los niveles requeridos en el

empleo, la competencia refleja lo siguiente: conocimientos, comprensión y juicio; una gama de capacidades cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales; y una gama de atributos y actitudes personales.

La OMS (1998), lo define como la habilidad de desarrollar una determinada función profesional constituida por un repertorio de prácticas profesionales. Ésta exige conocimientos, actitudes adecuadas y capacidades mecánicas o intelectuales observables, y juntas constituyen la habilidad de prestar un servicio profesional específico (González & Wagenaar, 2006). Y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se define como la “aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean” (art. 42).

Haciendo análisis de esta breve, pero significativa delimitación conceptual del término de “competencia”, se observa que representa un concepto complejo con múltiples componentes que ya de por sí también son difíciles de definir, tales como capacidad, cualificación, habilidad, autonomía, flexibilidad, comprensión, juicio y valores, entre otros. De hecho, numerosos autores detectan desde hace años un estado de carencia y rigor en las definiciones del término de competencia. Existe cierta confusión e imprecisión conceptual y terminológica (Rodríguez, 2006).

Desde un enfoque integrador de todas las interpretaciones aludidas, se podría afirmar que todas ellas se centran en tres grandes aspectos: la consecución del conocimiento, la adquisición de determinadas actitudes y la capacidad ejecutiva. Ahora bien, siguiendo esta línea de pensamiento, y teniendo en cuenta el argumento y objetivos de esta tesis, orientada especialmente al estudio de la acción pedagógica del profesional de enfermería, considero necesario profundizar y adoptar la visión de Arboleda (2011) sobre el término, ya que da un paso más y define la «competencia pedagógica». Coincido con este autor, en que el concepto de competencia pedagógica comporta una autonomía poderosa frente al de competencia, por lo que considero de especial interés dedicar el siguiente subapartado a esta interpretación.

3.1.1. Competencia pedagógica versus competencia

Arboleda (2011) entiende el término de competencia pedagógica como una serie de conocimientos, capacidades, habilidades, destrezas, actitudes y disposiciones que alguien debe poseer para intervenir en la formación integral de un individuo. Para este autor, el carácter de la competencia lo define la naturaleza del entorno en el que el mediador realice su intervención, habiendo unos mínimos que todo docente debería poseer para asumir su tarea en el complejo entorno de los aprendizajes y las comprensiones que deben construir los alumnos.

Como se observa, esta interpretación no sólo tiene en cuenta las capacidades (conocimientos, actitudes y habilidades) atribuibles al concepto en sí de competencia, sino que añade un importante valor a la acción pedagógica integral, que es, al fin y al cabo, la clave de esta tesis. Además, el autor también contempla como elemento significativo, el entorno en el que se lleve a cabo la intervención como determinante del carácter de la competencia, y por consiguiente decisivo en el desarrollo de las capacidades.

En lo que se refiere a los conocimientos, lo que se traduce en los elementos del “saber” y “saber hacer”, según Arboleda (2011), la acción pedagógica demanda del educador conocer la naturaleza de éstos y del aprendizaje, y apropiarse de los conceptos básicos y actualizados de las disciplinas desde las cuales se interviene. Igualmente es necesario, tomar conocimiento de los elementos metodológicos para la mediación didáctica. Es imprescindible contar con formación disciplinar básica y continua. Poseer los conocimientos disciplinares propios de su acción pedagógica significa, entre otras cosas, que el docente construye de manera permanente significados en torno a los conceptos inherentes a estos. De esta manera, el docente competente es capaz de usar tales conocimientos y compartirlos con propiedad a sus alumnos, usarlos fiablemente en el diálogo interdisciplinar y hacer investigación.

Otro de los rasgos característicos de la competencia pedagógica para el autor es la disposición intrínseca. Propia de aquellos docentes que cuentan con un proyecto de vida académico y profesional. Para que el docente forme disposición para intervenir en los aprendizajes y en la formación integral del estudiante y de sí mismo, requiere de un ejercicio permanente de reflexión actuante, que parta de reconocer las dimensiones y

connotaciones de la tarea educativa y de la acción pedagógica, y valorar cómo está actuando en el proceso. Es en el propio educador, en quien reside la responsabilidad de formarla y cuidar de la misma, para que constituya una de sus actitudes.

Es precisamente la actitud, equivalente al “saber estar”, otra de las propiedades insoslayables de la competencia pedagógica. Esto es, los comportamientos que reafirman al docente como sujeto competente para asumir la tarea educadora. La actitud de un docente competente es la de aquel que se preocupa constantemente por la apropiación de los conocimientos mínimos que requiere la tarea pedagógica educativa. Está en constante actualización. Asimismo, crea diversas posibilidades de uso y aplicación de los conocimientos y saberes en contextos flexibles, incluida su propia vida, en los marcos didáctico, metodológico, curricular, evaluativo, metacognitivo y discursivo; y se empodera de tal forma de su acción, que produce valores agregados a su vida, tales como una permanente disposición, vitalidad, y autoestima, entre otros. El pensamiento crítico actuante de su propia acción frente a los propósitos y despropósitos de la formación es quizás para Arboleda (2011) el rasgo característico por excelencia de la competencia pedagógica.

En definitiva, para este autor, las competencias pedagógicas o potenciales que debe poseer y usar un profesional para desarrollar idóneamente su interacción con los sujetos educables, hacen referencia a los mínimos que demanda la formación integral, es decir, la intervención para potenciar en los estudiantes conocimientos y capacidades que puedan aplicar en diversos contextos, así como disposiciones, valores y actitudes para proceder en el mundo que les corresponda vivir. Pero, no basta con ser competente en materia pedagógica, sino que también es necesario comprender la acción relacionada con el acto de educar. A esto, Arboleda lo denomina «comprensión pedagógica». Así, el verdadero educador es quien realmente comprende el acto pedagógico y la tarea educativa y quien la asume visceralmente; lo que podríamos equiparar al “querer hacer”.

La comprensión pedagógica es un mecanismo mediante el cual se asume una praxis formativa en virtud de la cual se apropia, usa y genera conocimientos para el desarrollo y cuidado de la vida, para el bien personal y social. La comprensión pedagógica se alcanza cuando el educador logra en sí mismo y en sus estudiantes la construcción de significados y de sentidos. Estos últimos se configuran particularmente cuando el docente es capaz de reflexionar sobre sus desempeños, y de afinarlos, para que sus

conocimientos, capacidades, disposiciones y actitudes incidan en el mejoramiento cognitivo, operativo, afectivo y pluridimensional del individuo. En esta línea, el docente genera oportunidades y capacidades para que, además, sus educandos vivencien los conocimientos, las actitudes y valores que les permita crecer integralmente como personas dignas. Es el educador quien promueve por excelencia el desarrollo de la comprensión, es decir del conjunto de capacidades, actitudes, valores y disposiciones para que los sujetos educables se apropien afectiva, cognitiva y críticamente del conocimiento, y lo usen de manera edificadora en diversos contextos incluido el de la vida (Arboleda, 2011).

Esta reflexión y definición del concepto de competencia pedagógica es, sin duda, la que más se aviene al contexto de esta tesis, que pretende describir las competencias pedagógicas del profesional de enfermería capaz de promover la salud en el entorno escolar. Lo que significa determinar las capacidades o cualificaciones mínimas de este profesional, como experto en su área de conocimiento, que sea capaz de desarrollar una motivación y actitud pedagógica adecuada en el entorno escolar, que le permita actuar como facilitador del proceso de aprendizaje, con habilidad y destreza para transmitir dichos conocimientos, y conseguir una formación integral de salud en el alumno y el resto de la comunidad educativa, para adquirir elecciones de vida saludables. En esta línea, cabe reflexionar en el siguiente subapartado acerca de las competencias atribuidas a la titulación de enfermería, a través de los principales marcos de referencia, comprobando si está incluida la competencia pedagógica y cómo ha sido estructurada.

3.1.2. Clasificación de las competencias de Enfermería en el Espacio Europeo de Educación Superior

El currículum académico de la titulación de enfermería ha sido intensamente debatido desde las Declaraciones de Sorbona (1998), y Bolonia (1999), que trajeron consigo un proceso de cambio hacia la creación de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Debía diseñarse un sistema de grado de tres ciclos, añadiendo un año más a la Diplomatura, y desarrollar unas competencias bien definidas que determinaran la transformación del enfermero español equiparándolo al resto de Europa. Se generaban nuevas necesidades formativas, debido a los cambios sociales, profesionales y

legislativos que iban dando cada vez más protagonismo a la Enfermería en el sistema sanitario, por lo que se demandaba un nuevo perfil enfermero, convergente con los parámetros que marcaba el EEES. Era preciso analizar los estudios de enfermería de los distintos países de la Unión Europea y definir el perfil profesional del enfermero español en Europa. Determinar las competencias transversales y específicas de la profesión y fijar objetivos de la titulación del enfermero generalista, capaz de proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad (Bernués & Peya, 2004).

En esta línea, según Sabater (2007) la enfermería española cuenta, entre otros posibles, con cuatro referentes teóricos que han sido clave en el momento de decidir qué competencias debía reunir la titulación enfermera: Consejo Internacional de Enfermería (2001); Proyecto para la adecuación de la formación enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior delimitadas por el Consejo General de Enfermería (2005); Tuning Educational Structures in Europe (2006); Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería (2004) de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Por su importancia y alcance institucional, se considera necesario para esta tesis profundizar en ellos.

Todos coinciden en señalar que el título de Enfermería de primer ciclo da cabida a un perfil de “enfermero generalista” o responsable de cuidados generales, entendiendo esta figura como:

[...] el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales enfermeros y que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el resultado de los análisis obtenidos [...] (Bernués & Peya, 2004, p.66).

De este modo, se busca que el título de grado de enfermería forme «enfermeros generalistas», por lo que las competencias referidas en dichos documentos que se describen en las siguientes líneas, son las atribuidas a este perfil profesional de primer ciclo:

- El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en julio de 2001 presenta las “Competencias Internacionales de la enfermera generalista”. Constituyó un

marco para el momento de comenzar la práctica profesional, que precisaría de actualización periódica garantizada por el propio CIE (Sabater, 2007). Este documento agruparía las competencias del enfermero generalista en tres capítulos enfocados a una práctica profesional asistencial en el cuidado del paciente, destacando competencias relacionadas con la responsabilidad ética y jurídica en el ejercicio de la profesión; con el desarrollo profesional; y relacionadas con la prestación y gestión de los cuidados, entre las que se incluye la promoción de la salud (Alexander & Runciman, 2003).

- Poco después, el documento del Proyecto para la adecuación de la Formación Enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior (2005) fue el resultado del trabajo de una Comisión creada *ad hoc* por el Consejo General de Enfermería en España (CGE). Al acogerse al modelo del CIE, se redujo también al mismo modelo competencial (Blasco, 2005).
- El Tuning Educational Structures in Europe (2006) constituyó un proyecto financiado por la Comunidad Europea (CE) en el marco del programa Sócrates. Reunió un grupo de expertos sumamente cualificados en sus diversos campos, provenientes de 135 reconocidas instituciones europeas de educación superior en 27 países, y puso en sus manos una estructura desde la que todos ellos pudieran trabajar juntos tanto en cuestiones relacionadas con un importante número de áreas piloto de conocimiento, como en aspectos relevantes para la enseñanza superior en su conjunto. Fue coordinado y editado por la Universidad de Deusto y la Universidad de Groningen, en 2006. El objetivo del proyecto fue identificar puntos de referencia relativos a las competencias genéricas y específicas de cada área para graduados de primer y segundo ciclo en una serie de áreas de conocimiento, entre las que se incluía el campo de Enfermería. A través de debates, compartiéndose conocimientos y trazándose el mapa de las diferentes maneras en que cada disciplina era objeto de enseñanza y aprendizaje en los distintos países, se llegó a un conocimiento y un consenso en torno a lo que constituía el núcleo básico de cada área (González & Wagenaar, 2006).

Por un lado, se recogieron treinta competencias genéricas o transversales, susceptibles de aplicarse en situaciones variadas, permitiendo pasar de unos

contextos a otros, divididas éstas en tres grupos —instrumentales; interpersonales y sistémicas—. Por otro lado, se concretó un listado de veintiún competencias específicas de la profesión enfermera, consideradas más restringidas por su utilidad, clasificadas en torno a cinco campos —relacionadas con la práctica enfermera, sus valores profesionales y sus códigos éticos, normativos y legales; relacionadas con la toma de decisiones clínicas y capacidad para llevar a cabo intervenciones que garanticen una atención óptima; relacionadas con el conocimiento de teorías y prácticas de enfermería; competencias de comunicación e interpersonales; y, por último, de liderazgo, gestión y trabajo en equipo— (González & Wagenaar, 2006).

- El Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería (2004) surge con objetivo de realizar estudios y supuestos útiles en el diseño de un título de grado adaptado al EEES. Se presentó en el Ministerio de Educación y Ciencia para su información y consideración. Participaron prácticamente todas las universidades españolas que imparten el título (94%). Un total de 2.200 enfermeros (clínicos en su mayoría, aunque también, empleadores y profesorado)⁶⁵. Fue coordinado por la Universidad de Zaragoza y la Universidad de Barcelona, y evaluado por una Comisión del Programa de Convergencia Europea de ANECA (Sabater, 2007). El Libro Blanco constituye un resumen de los hallazgos relativos a España, donde se aplicó el componente de las competencias de la metodología Tuning en el seno de esta profesión (González & Wagenaar, 2006). Así, las competencias desarrolladas en este proyecto se valoraron utilizando el cuestionario que se estaba pasando en los países participantes del grupo Tuning de Enfermería, obteniendo resultados similares, por lo que ambos documentos se han convertido en un referente equivalente (Bernués & Peya, 2004).

Haciendo análisis de estos modelos cabe destacar por un lado al CIE (2001) y al documento de trabajo de la CGE (2005) conjuntamente, por haber sido considerados como equivalentes. Si bien es cierto que en ambos documentos se incluye la promoción

⁶⁵ Clínicos: entendido como profesionales asistenciales de entre 5 y 10 de años de experiencia de ejercicio profesional. Empleadores: considerando como tales a las direcciones de enfermería. Profesorado: de las escuelas participantes en el proyecto y del resto de las escuelas de cada comunidad, siempre que fuera posible.

de salud hacia la persona, familia y comunidad; sin embargo, no queda explicitado la importancia de ésta en el entorno escolar.

Por otro lado, en lo que se refiere al Libro Blanco (2004) y al Tuning (2006), la capacidad de llevar a la práctica los conocimientos surge entre las competencias genéricas más valoradas por su importancia en la profesión enfermera en ambos documentos; le siguen las relacionadas con las capacidades interpersonales y el trabajo en equipo, compromiso ético, así como la resolución de problemas, entre otras. De las competencias específicas, es interesante remarcar que, aunque los resultados de ANECA y Tuning fueron similares, hubo diferencias que reflejan los contextos sociocultural e histórico de nuestro país con respecto al resto de Europa, principalmente por el énfasis puesto en las competencias del grupo III de ANECA, centradas meramente en «la atención», por ejemplo, en relación con una mayor sensibilidad para educar al enfermo y administrar medicamentos y terapias, lo que probablemente pone de manifiesto un enfoque biomédico más dominante en España (González & Wagenaar, 2006).

Éste quizá sea el aspecto más importante y concluyente que extraer del análisis de estos documentos en lo que se refiere a la importancia que se le da a la función educadora de la profesión, especialmente en el ámbito escolar. Y es que, aunque en las competencias genéricas se pueden hallar elementos importantes para la promoción de salud —tales como el trabajo en equipo, el compromiso ético, entre otras— llama la atención que, en el perfil de enfermero generalista no quedan explicitadas las competencias específicas relacionadas con la función educadora en otro entorno que no sea el clínico (hacia pacientes y cuidadores en situación de enfermedad y sufrimiento). Esto lleva a pensar que las competencias relacionadas con la promoción de salud en la escuela y en otras áreas, quedan en un segundo plano.

Desde esta perspectiva, cabe señalar las conclusiones a las que llegaba el grupo de Trabajo de Formación de Grado (designado por la Comisión de Promoción de Salud del Consejo Interterritorial) en la I Jornada Nacional de formación y educación para la salud (2007), que plantea una estrategia educativa para garantizar la necesaria reorientación de los servicios de salud y del medio educativo y social hacia acciones encaminadas a la promoción de la salud. En dicha Jornada se proponen unas nuevas competencias para la formación de Grado, para las diversas áreas estudiadas consideradas implicadas

en la educación en promoción de salud (Magisterio, Medicina, Farmacia, Enfermería, Pedagogía, Psicología, Trabajo Social, entre otras). Dichas competencias —genéricas y específicas— fueron consideradas por el grupo de estudio como imprescindibles para poder desarrollar contenidos de la educación en promoción y educación para la salud, por lo que debieran pactarse con los ministerios competentes, Ministerio de Educación y Ciencia y, Ministerio de Sanidad y Consumo, con el fin de poder ser asumidos por los Presidentes de las Conferencias de Decanos de las Titulaciones correspondientes y con ello, dejar constancia de su necesaria incorporación en los nuevos Planes de Estudio en cada una de las titulaciones competentes, en cooperación con el Consejo de Coordinación Universitaria.

Sin embargo, no ha habido ningún documento en España posterior al Libro Blanco que explicita estas recomendaciones (“Actas I Jornada Nacional Formación”, 2007). Se resumen a continuación las competencias específicas determinadas para el área de ciencias de la salud⁶⁶:

- Competencias en Promoción de la Salud: capacidad de analizar los factores sociales, económicos y medioambientales que influyen positiva y negativamente en la salud de las personas y su comunidad. Capacidad de argumentar, dialogar, negociar y abogar sobre aquellos determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen sobre la salud de las personas y su comunidad. Tomar consciencia de que la salud de las personas en general y de los pacientes en particular, son el eje de la actividad de los profesionales de la salud, siendo una de sus funciones principales contribuir a su capacitación y desarrollo de responsabilidades en salud, promoviendo su empoderamiento.
- Competencias en Educación para la salud: capacidad de evaluar los factores que influyen sobre el estilo de vida de las personas y su comunidad. Capacidad de aconsejar y de comunicarse de forma efectiva con las personas y la población que atiende en relación con la conducta y estilos de vida y de salud. Capacidad de colaborar con otras profesiones el ámbito social y de la educación, en todos los aspectos que favorecen y promueven la salud de las personas.

⁶⁶ Competencias especificadas para el área de Enfermería, Farmacia y Medicina.

3.2. La educación para la salud como profesión

Una vez analizado el concepto de competencia y todos los componentes que se desprenden de este término en lo que se refiere a la titulación de enfermería, cabe ahora centrarse en el perfil profesional enfermero como educador en salud. En base a esto, cabe describir este término, así como el carácter que ha adquirido en otros contextos donde es una profesión independiente y consolidada desde hace décadas.

Según Salleras (1990), este término se suele reservar a aquellas personas cuya profesión es precisamente la educación en salud, ya sea de niños en la escuela, o bien de adultos en la comunidad, o enfermos en el hospital. Se reconoce, no obstante, que los profesionales de la salud, por su trabajo diario, sus conocimientos y afirmación social, además de tener más oportunidades para transmitir mensajes de salud a la población, constituyen el colectivo social con mayor capacidad de incidir positiva o negativamente sobre los conocimientos, actitudes y conductas de salud de la población. Estos profesionales tienen un doble papel; como modelo o ejemplo a seguir y como educadores en salud, abarcando, no únicamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también contribuyendo en las acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, que tienen impacto en los determinantes de salud.

En EEUU, en el último Informe del Comité Conjunto de Terminología sobre Educación y Promoción de la Salud de 2011⁶⁷, emitido por la Asociación Americana de Salud Pública, esta labor es entendida como:

Una práctica que usa teorías multidisciplinares y principios de cambio de comportamiento y organización para planificar, implementar y evaluar intervenciones que permiten a los individuos, grupos y comunidades alcanzar la salud personal, ambiental y social (McCormack & Torabi, 2012, p.12).

Los educadores de salud enseñan a la gente acerca de los comportamientos que promueven el bienestar; alientan al individuo a ser más responsable en su salud y a

⁶⁷ Desde 1927, el Departamento de Educación en Salud Pública de la Asociación Americana de Salud Pública —reconociendo que los campos de educación y promoción de salud están en constante evolución—ha ido convocando expertos cada diez años, con objeto de definir los términos clave para el trabajo de la profesión de educador en salud, habiendo desarrollado ya, siete Informes de Terminología para la educación sanitaria en los últimos 80 años.

adquirir, mantener o mejorar conductas saludables; elaboran y aplican las estrategias para mejorar la salud de los individuos y las comunidades; planifican, organizan y dirigen programas de educación de la salud; recogen datos y discuten los problemas de salud con los miembros de las poblaciones o comunidades específicas y junto a otros profesionales, para desarrollar objetivos educativos; trabajan en una variedad de entornos, por lo general a tiempo completo, constituyendo la educación en la escuela una especialidad dentro de la profesión (United States Department of Labor, 2015).

Precisan de una acreditación denominada CHES (Especialista Certificado en Educación para la Salud - nivel de entrada) y MCHES (Maestría Especialista Certificado en Educación para la Salud - nivel avanzado). La acreditación es obtenida a través de la National Commission for Health Education Credentialing (NCHEC)⁶⁸. Es preciso superar antes un examen integral que demuestra la consecución de las competencias necesarias para ejercer la profesión en el nivel que se busca acreditar. Para acceder al examen CHES es obligatorio estar en posesión de una licenciatura (cuatro años de estudios de salud, fomento de salud y/o salud comunitaria), maestría o doctorado de una institución de educación superior acreditada, así como formación complementaria adquirida a través de cursos de educación sanitaria. Para acceder al MCHES, además de los requisitos académicos mencionados, es imprescindible demostrar una experiencia, esto es, un mínimo de cinco años en estado activo como especialista en educación sanitaria certificada. Por último, es imprescindible mantener el compromiso del nivel alcanzado, a través de la formación continuada y el desarrollo profesional. Al menos, son necesarias 75 horas de dicha formación en educación para la salud durante un período de tiempo de 5 años, con el fin de mantener la certificación (NCHEC, 2016).

En EE.UU. los educadores en salud son profesionales reconocidos, con unas responsabilidades, funciones, habilidades y conocimientos específicos; imprescindibles para mejorar los resultados de salud y reducir los costes sanitarios relacionados con patologías derivadas de los hábitos y conductas no saludables. La Oficina de Estadística Laboral precisa que el educador de la salud debe establecer y administrar los programas de educación para la salud que ayuden a los individuos, las familias y sus comunidades a maximizar y mantener estilos de vida saludables. Recopilar y analizar datos para identificar las necesidades de la comunidad antes de la planificación, implementación,

⁶⁸ Comisión Nacional para la Acreditación de Educación Sanitaria.

monitoreo y evaluación de dichos programas, destinados a fomentar estilos de vida saludable, políticas y entornos. Puede servir como recurso para ayudar a las personas, otros profesionales de la salud, o de la comunidad, y puede administrar los recursos fiscales para los programas de educación para la salud (United States Department of Labor, 2017). Y en la misma línea, el Comité Conjunto de Terminología sobre Educación y Promoción de la Salud de 2011 define al especialista en educación para la salud como:

El individuo que, habiendo adquirido la cualificación y nivel académico necesario requerido para tal acción, sirve en una variedad de entornos, y es capaz de utilizar estrategias y métodos educativos adecuados para facilitar el desarrollo de las políticas, procedimientos, intervenciones y estrategias apropiadas para la salud de los individuos, grupos y comunidades (McCormack & Torabi, 2012, p.13).

Como se puede observar, el educador en salud es una persona preparada, con un rol y unas competencias bien definidas que, a la vez, comportan su propio perfil. Dichas competencias están basadas en un marco de siete áreas de responsabilidad relacionadas con la educación/promoción de salud (evaluar las necesidades, recursos y capacidades para la educación/promoción de la salud; plan de educación/Promoción de la salud; implementar educación/promoción de la salud; evaluación de la conducta e investigación relacionada con la educación/Promoción de la salud; administrar y gestionar la educación/Promoción de la salud: servir como experto en educación/promoción de la salud; comunicar, promover y abogar por la salud, la educación/promoción de la salud, y la profesión) (NCHEC, 2016b).

Estas áreas fueron verificadas a través del *2010 Health Educator Job Analysis Project*⁶⁹ (HEJA 2010) y actualizadas por el reciente *2015 Health Education Specialist Practice Analysis Project*⁷⁰ (HESPA 2015). Cabe mencionar que esta profesión en EE.UU tiene una larga historia de validar científicamente las competencias que se han convertido en la base de la credencial y desarrollo profesional, especialmente para conseguir las titulaciones de CHES o MCHES (NCHEC, 2016).

⁶⁹ Proyecto de Análisis del trabajo del Educador de Salud, 2010. El proyecto de investigación duró 18 meses y confirmó un modelo jerárquico de competencias de nivel avanzado.

⁷⁰ Proyecto de Análisis de la Práctica del Especialista en Educación para la Salud, 2015. Se llevó a cabo en 2013-2014 con el propósito de validar la práctica actual en educación para la salud de los especialistas de nivel de entrada y nivel avanzado, y determinar cualquier cambio en dicha práctica desde el estudio HEJA 2010.

En nuestro país, no hay un perfil que determine a los educadores especializados en la enseñanza de la salud como profesión, y mucho menos especializados en la promoción de salud en el entorno escolar, sino que normalmente forma parte de las funciones de los profesionales involucrados en la salud y en la educación del alumnado. No obstante, se puede afirmar que el papel de los profesionales en la promoción y educación para la salud ha quedado reconocido y definido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) de la siguiente manera (Gutiérrez, 2003, p.20):

- Desarrollar un rol educativo que le permita analizar necesidades, definir objetivos compartidos, seleccionar las estrategias más adecuadas y realizar el seguimiento y evaluación de los procesos educativos.
- Ser capaz de identificar y comprender las necesidades en salud desde una perspectiva biopsicosocial y de salud positiva.
- Ser capaz de trabajar en equipo para desarrollar iniciativas de promoción de salud y saber reconocer la complementariedad de la multiprofesionalidad.
- Desarrollar capacidades de comunicación en relación con otros profesionales, la comunidad con la que trabaja y con los gestores y directivos de su institución.
- Tener capacidad para negociar objetivos y estrategias de promoción de salud, saber tomar decisiones conjuntamente y buscar la implicación y la participación de los colectivos interesados.
- Desarrollar un enfoque capacitante, en relación con los usuarios y no profesionales, que facilite el empoderamiento de los grupos y colectivos interesados.
- Capacidad para programar intervenciones sostenibles y realistas al contexto social e institucional donde se desarrollan.
- Desarrollar una cultura de mejora continua de la promoción de salud integrando los modelos de buena práctica y los sistemas de evaluación en las intervenciones de promoción de salud.
- Asesorar y desarrollar la abogacía en favor de la salud tanto a nivel local como institucional.
- Capacitarse para el trabajo intersectorial: compartir distintos lenguajes, espacios, organizaciones, puntos de vista distintos y complementarios en programas y planes de corresponsabilidad compartida.

De la lectura y reflexión de todos estos aspectos se desprenden elementos que definen al agente educador de salud que cabe tener en cuenta en el desarrollo de las competencias pedagógicas que habría de desarrollar un enfermero promotor de salud en el entorno escolar, que es uno de los objetivos principales de esta tesis.

3.3. El profesional de enfermería como educador en salud

Por sus conocimientos en salud, no cabe duda de que el profesional de enfermería es idóneo para llevar a cabo educación para la salud, y, además, es en quien recae con mayor frecuencia dicha tarea, que inevitablemente surge como un proceso continuo en la mayoría de las relaciones establecidas con los pacientes en el día a día, en todos los segmentos de la población. Además, ha sido considerado por diversos autores como una pieza clave para alcanzar una atención a la persona desde una perspectiva holística, esto es, envolviendo todas sus dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual (Melo, Wegner, & Pinto, 2007). De hecho, el profesional de enfermería de la Atención Primaria de salud lleva muchos años sustentando el liderazgo de la EpS, dirigida hacia los pacientes con enfermedades crónicas y sus familias, o a actuar sobre los factores condicionantes de la salud, estableciéndose así, como el principal guía en el autocuidado.

No obstante, no sólo es importante dominar el área de conocimiento de su profesión, lo que se conoce como “el saber”, y ofrecer una materia o contenidos de salud (aspecto que se presupone en todos los profesionales de enfermería, puesto que han tenido que superar una formación universitaria), sino que es imprescindible conectar con el sector de población al que va dirigida la intervención educativa y poseer los valores pedagógicos necesarios para llevar a cabo dicha acción de forma efectiva. Precisamente, en el papel que juega la profesión en el desarrollo de Educación para la Salud, Gutiérrez (2004) hace una reflexión interesante al describir el complejo QPS, basado en tres cuestiones esenciales acerca de la actuación enfermera: ¿quiere hacer educación para la salud? ¿puede hacer? ¿sabe hacer? La clave a este complejo QPS, la encuentra en las denominadas respuestas RAI, es decir: ¿qué «rol» quiere

desempeñar? ¿qué puede y debe «abarcar»? ¿Es capaz de «implementar» con eficacia actividades relacionadas con la educación para la salud?

Como elemento significativo en el «querer hacer» educación en salud, el autor reafirma el rol enfermero en todas sus funciones (investigadora, asistencial, gestora, docente). Pero, para llevar a cabo el rol educador en general y encuadrarlo en la EpS señala una sucesión de elementos tales como la función que debe desempeñar el profesional, la actitud y la aptitud de éste. Se plantea desde esta perspectiva en los siguientes subapartados, un análisis acerca del papel que juega la enfermería en el desarrollo de educación para la salud, tomando como base los aspectos que fundamentan dicho rol.

3.3.1. Función mediadora

La función del profesional de enfermería debe estar encaminada a facilitar, ayudar, apoyar, motivar y orientar (Gutiérrez, 2004). Estas características definen, sin duda, el papel del educador, considerando a éste como un mediador de los cambios voluntarios de comportamiento. Debe entender la naturaleza de la tarea educativa como una relación de ayuda y apoyo, no impositiva, y en la que el elemento fundamental de dicha relación es la persona que aprende (Choque, 2005).

En este sentido, para poder llegar a conclusiones que aporten elementos de juicio con respecto a la función mediadora del profesional de enfermería y su relación con el educando en el proceso enseñanza-aprendizaje de salud; se realiza a continuación una reflexión a través de las teorías pedagógicas más influyentes, ya que es la pedagogía la disciplina que guía la práctica educativa y constituye, además, la piedra angular de esta tesis.

Por otro lado, se explora también en este subapartado la función mediadora a través de algunos de los modelos de enfermería más relevantes, ya que, al fin y al cabo, establecen los fenómenos que guían la práctica de la disciplina, y fundamentan la relación de ayuda a la persona y la función educadora de enfermería.

Desde una perspectiva pedagógica.

Existen múltiples intentos por clasificar las teorías del aprendizaje. Atendiendo a la clasificación clásica, se distinguen dos grandes concepciones pedagógicas, la tradicional y la humanista. Cabe centrar la atención en esta última, dado que la formación integral de la persona es el elemento esencial en los modelos que la fundamentan; de igual manera el desarrollo integral de la persona también es uno de los ejes centrales del sistema de salud, así como la esencia de los cuidados enfermeros, que tienen una clara tendencia humanista, constituyendo la persona, el motor de las funciones y actividades que éstos realizan.

Enseñar dentro del paradigma humanista requiere que el docente tome al individuo como la fuente de conocimientos más importante, que es precisamente el rumbo que debe tomar la educación para la salud. Desde una concepción tradicionalista, el docente es el centro del proceso de enseñanza, mero trasmisor de información. Piensa y transmite los conocimientos con poco margen para que el alumno elabore y trabaje mentalmente. La persona que recibe el aprendizaje, en este caso, se considera como un sujeto pasivo, que ocupa un segundo plano. En cambio, la concepción pedagógica humanista, destaca en primera instancia la noción del ser humano, cada individuo es constructor. Por ello, desde esta perspectiva del ser humano como conciencia activa que es capaz de transformar incluso su propio cuerpo, el proceso de enseñanza-aprendizaje se determina a partir de las potencialidades de la persona, es decir, trabajando al individuo como la totalidad de dicho proceso (Rozo de Arévalo, 2002).

Teniendo en cuenta que la salud actualmente es entendida desde un punto de vista holístico, en que la persona es protagonista, y su desarrollo es considerado como un proceso global, donde no solo priman la cualidad física, sino también la mental, social y espiritual; la concepción pedagógica humanista, manifiestamente, constituiría también la esencia de la educación en salud. Según Ortiz (2009), desde esta concepción el sujeto se autoeduca mediante la recreación de la realidad, participa en ella y la transforma. Por esta razón, la enseñanza-aprendizaje debe ponerse en función de las necesidades individuales, no debiendo aspirar a la reproducción de un modelo único de individuo, sino a la combinación de la socialización y la individualización del sujeto de la manera más plena posible. Según el autor “dicha pedagogía del ser tiene como objetivo

la felicidad del hombre, su educación para la vida plena, su integración armónica al contexto social desde una perspectiva personal y creadora, en oposición a una pedagogía del saber, aún dominante, que se preocupa por asegurar la repetición de las normas creadas” (p.29).

Así, la función del enfermero educador en esta concepción desarrolladora debe ser la de mediador, guía y orientador del proceso, y el educando debe intervenir activamente en su aprendizaje para afrontar el conocimiento como proceso de cambio y crecimiento personal, centrado no sólo en el saber, sino en el saber hacer. Tal y como indica la OMS, si se enfoca la educación sanitaria desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población objeto del cuidado adquirirá responsabilidad en su aprendizaje y éste no estaría centrado en el saber, sino también en el saber hacer (Rozo de Arévalo, 2002).

En esta línea, cabe señalar el modelo de aprendizaje sociocultural de Vigotsky (1925-1934), por ser uno de los autores que ofrecieron una visión más práctica de los criterios de construcción del conocimiento dentro del pensamiento humanista, y porque, con toda probabilidad, su teoría pedagógica sea la más aplicable a la educación en salud (Rozo de Arévalo, 2002). A diferencia de otros autores, Vygotski da gran importancia al entorno y a las relaciones interpersonales. Estos dos elementos constituyen también, pilares de los cuidados enfermeros. La relación interpersonal en la disciplina enfermera tiene como propósito dar un cuidado cualificado que abarque todas las esferas del ser humano sujeto de atención (Torres, 2000). A través de ésta, es posible dar respuesta a la necesidad de ayuda y guiar al individuo en la gestión de sus potencialidades. De la misma forma, el entorno, constituye uno de los determinantes de la salud sobre los que debe intervenir el enfermero.

Vygotski parte del hecho de que el conocimiento es algo que se construye por medio de operaciones y habilidades cognitivas inducidas a través de la interacción social; el desarrollo intelectual del individuo no puede entenderse como independiente del medio social en el que está inmerso, dado que el desarrollo de las funciones psicológicas superiores se da primero en el plano social y después en el individual. La transmisión y adquisición de conocimientos es posible cuando de la interacción (plano interpsicológico), se llega a la internalización (plano intrapsicológico). Es preciso, por tanto, una interacción entre el sujeto y su medio ambiente, en la que el profesional

educador actúa como mediador. La experiencia de aprendizaje mediado es la manera en la que los estímulos remitidos por el ambiente son transformados por el agente mediador. Dicho agente, selecciona y guía el mundo de los estímulos. Se pretende conseguir con ello, la creación en el educando de una disposición, propensión actitudinal para beneficiarse de la exposición directa a los estímulos. Lo que se traduce en mediar para enseñar a aprender (Rozo de Arévalo, 2002).

También es importante reflexionar acerca del aprendizaje significativo de Ausubel (1968), ya que sustenta el pensamiento de Vygotski y junto con éste, puede ser la clave para orientar el enfoque de la educación para la salud en la comunidad. Este tipo de aprendizaje exige una serie de condiciones (Rozo de Arévalo, 2002):

- En primer lugar, que el contenido ofrecido sea potencialmente significativo, tenga un significado lógico. En educación para la salud, se entiende que los contenidos son aquellos factores relacionados con los comportamientos humanos en salud, que requieren de intervención: factores del entorno social, como las condiciones de vida, los recursos y servicios disponibles, modelos y valores socioculturales dominantes; factores del entorno próximo en relación al apoyo familiar y/u otras redes sociales); factores personales, tanto del área cognitiva (conocimientos, habilidades de análisis y valoración de situaciones), como del área emocional (creencias, valores, actitudes), y del área de habilidades psicomotoras.
- En segundo lugar, es imprescindible que el individuo tenga la disposición de aprender significativamente.
- Y, por último, que el individuo sea capaz de relacionar de manera no arbitraria y sustancial, la nueva información con los conocimientos y experiencias previas que ya posee en su estructura de conocimientos.

Como se observa, aplicando el pensamiento de Vygotski y Ausubel en la educación para la salud, se deduce que el rol del profesional de enfermería como mediador-educador debe de ser dinámico y activo, para lograr un aprendizaje significativo en las intervenciones educativas en salud. No son útiles los enfoques u orientaciones didácticas tradicionales, sino que se ha de tener en cuenta este tipo de pedagogía activa, interactiva e integradora. Se trata de desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje eficaces, que posibiliten a los educandos expresar e investigar su propia

realidad, partir de una situación específica, tener en cuenta los conocimientos y experiencias previas, profundizar en el tema trabajado y reorganizar conocimientos, reflexionar sobre aspectos del área emocional y afrontar su situación (Rozo de Arévalo, 2002). En definitiva, se trata de facilitar a la persona o grupo, el conocimiento de su realidad, y sobre ésta desarrollar el proceso educativo ayudándoles a tomar decisiones autónomas y beneficiosas para su salud. No se trata de informar únicamente y prescribir comportamientos, sino de promoverlos, tratando de modificar, si es preciso, situaciones y factores que intervienen en el comportamiento, para generar conductas de salud de acuerdo con la realidad de cada uno.

Desde una perspectiva enfermera.

Una vez analizada la función mediadora del profesional enfermero educador desde el punto de vista pedagógico, se presenta a continuación una reflexión desde la disciplina enfermera, destacando a algunas de las teóricas más influyentes para la profesión.

- Florence Nightingale (1820-1910): conocida como una de las pioneras en la práctica de la enfermería y considerada como la verdadera creadora de una filosofía en la enfermería. Para esta teórica, la enfermería es, tanto ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir, como poder o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal, que no padezca enfermedad. Sostenía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz), elementos que siguen teniendo vigencia hoy en día y que, innegablemente implica una acción mediadora entre el profesional de enfermería y el entorno e incluye la educación para la salud entre los cuidados aportados (Young, Hortis, Chambi, & Finn, 2011).
- Virginia Henderson (1897-1996): la función propia de la enfermería es la de ayudar al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación, que el individuo llevaría a cabo por sí mismo si tuviera fuerza, voluntad y conocimiento necesarios, ayudándole a independizarse lo antes posible. Para Henderson, la persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que

interactúan entre sí hacia la independencia (Pacheco, 1995). Como se puede observar, establecer una relación de ayuda con la persona para la adquisición de los conocimientos necesarios que le conduzcan a satisfacer sus necesidades, forma parte del objetivo de cuidados de la profesión, y, por tanto, de su función propia. Esto no deja margen de duda acerca de la función educadora que envuelve dicha relación para la satisfacción de necesidades.

- Dorothea Orem (1914-2007): esta pensadora moderna concibe a la persona como un todo integral dinámico, con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, a fin de realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento de la salud o la recuperación de ésta. Es precisamente el autocuidado, el eje central de su teoría⁷¹. El autocuidado para Orem es entendido como aquella conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, con objeto de mantener un funcionamiento vivo y sano, y un desarrollo personal y bienestar propio. Se entiende, por tanto, como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Su función principal es identificar este déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de la persona. La meta es eliminarlo, de tal forma que se cubran las necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones de salud. Por lo cual, se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados. Esto supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, y hacer de la educación para la salud, la herramienta principal de trabajo. Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. En este último, cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado, es

⁷¹ Teoría del déficit de autocuidado: establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

precisamente cuando el profesional de enfermería educador ejerce su acción mediadora, ayudándole con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias, para que sea capaz de realizarlo (Prado et al., 2014).

- Otras teóricas: Myra Levine (1920-1996) subraya que la enfermería es una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas enfermas o sanas. Dorothy Johnson (1919-1999), considera la enfermería como una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo en aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física, social o existe una enfermedad (Hernández & Guardado, 2004). Nola Pender (1941), por su parte, ha dado origen al Modelo de Promoción de la Salud (1982). Expresa que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesa en la creación de un modelo enfermero que ofrezca respuestas a cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Entiende el bienestar como especialidad de la enfermería, con responsabilidad personal en los cuidados sanitarios, por lo que el profesional de enfermería se constituye como el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal; y la persona es entendida como ser integral, es el centro de atención de la terapia (Aristizabal, Blanco, Sánchez, & Ostiguín, 2011).

Éstos, constituyen tan solo un ejemplo de algunos de los modelos más conocidos de enfermería, y como se observa, en todos ellos se contempla de una forma implícita o explícita, la función educadora de la profesión enfermera. Cabe ahora recordar las teorías pedagógicas del aprendizaje que, como se ha determinado anteriormente, ofrecen las herramientas para ponerlo en práctica, tomando como protagonista a la persona. Así, teniendo en cuenta las dos disciplinas, se puede llegar a alcanzar los fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de educación en salud, haciendo posible un modelo de educación integral humanista, que tenga en cuenta la persona en su globalidad y sea capaz de enriquecer su sistema de conocimientos, que está en permanente crecimiento y transformación, a través de un proceso enseñanza-aprendizaje firme.

3.3.2. *Actitud constructivista*

Otro de los aspectos que destaca Gutiérrez (2004) que determinan el rol que desempeña el profesional de enfermería en la educación para la salud, es la actitud. Según la RAE, el vocablo actitud, se define como “la disposición de ánimo manifestada de algún modo”⁷². Postura del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo. Se puede aseverar, por tanto, que la actitud del educador/docente es la forma de actuar de éste, el comportamiento que utiliza en su proceder, o lo que se puede entender como «saber estar».

Desde el punto de vista pedagógico, autores como Dubovick y Takaichi (1994), expusieron que la actitud es la capacidad del profesor para conocer la teoría que fundamenta su acción pedagógica. En esta acción, la conducta profesoral no sólo es transmitir un conocimiento ya estructurado, sino tener una actitud que guíe la construcción de dicho conocimiento en las experiencias académicas y en las que sea responsable de resolver problemas de aprendizaje. Porlán (1995) defiende la actitud pedagógica del docente como un profesional constructivista que pueda plantear interrogantes o situaciones imposibles de resolver y, a partir de aquí, estimular a sus alumnos a obtener significados más complejos (Romero, 2010). Amat (1998) asevera que la actitud del profesor hacia los alumnos debe caracterizarse por conocer el perfil e intereses de éstos, tener expectativas favorables sobre el nivel de los educandos, y estar convencido de la influencia que se ejerce en relación con los alumnos.

Como se puede ver, se reafirma la necesidad de asentar unos valores pedagógicos además del propio conocimiento teórico de la materia en el proceso enseñanza-aprendizaje. Destacando en este caso, la actitud pedagógica constructiva que permita obtener los mejores resultados en la intervención educativa. Esta actitud, se deriva, obviamente, del modelo pedagógico constructivista referido en el apartado anterior. Esto requiere que el enfermero, al igual que el docente sea capaz, ante todo, de inculcar en el individuo o grupo el interés y la motivación por construir su propio conocimiento tomando decisiones saludables para su salud. Y, de la misma forma que el profesor — que cumple un papel de moderador, coordinador y mediador de aprendizaje, tanto en el saber conceptual, saber procedimental como en el saber actitudinal—, el enfermero

⁷² Definición extraída de la web de la Real Academia de la Lengua (RAE).

educador debe adquirir las habilidades personales y actitud necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

En este proceso de aprendizaje constructivo, el profesor cede su protagonismo al estudiante, quien asume el papel fundamental en su propio proceso de formación. Es el propio estudiante quien habrá de lograr la transferencia de lo teórico hacia ámbitos prácticos, situados en contextos reales. De igual manera que éste, el enfermero educador buscará que el individuo sea capaz de tomar el control de su vida y de su salud, que es al fin y al cabo lo que conocemos como “empoderamiento” y constituye el objetivo fundamental de la educación para la salud y esencia de la promoción de la salud (Herrera, 2009). Y para llevar a cabo tal acción, el profesional de enfermería debe contar con una actitud constructiva y abierta que le permitan establecer una relación de confianza, ayuda y respeto, considerando las necesidades de la persona o grupo a que se dirige.

La actitud constructivista como elemento favorecedor de la comunicación educativa.

Gutiérrez (2004) expone que la actitud debe caracterizarse por favorecer climas de entendimiento que favorezcan la comunicación. Para el autor, este elemento y todo lo que comporta, es la clave que permite desarrollar la educación en salud en todas sus vertientes, ejerciendo el papel que corresponde al profesional enfermero, y el que se espera de éste. Para Rojas (2007) la comunicación educativa, como forma especial de comunicación que ocurre en el proceso docente entre el profesor y los alumnos, resulta vital para la educación de los sujetos en dicho proceso. Añade que “la comunicación educativa y el aprendizaje son la columna vertebral, de la construcción humana” (p.79). Utilizar un lenguaje positivo desplegando habilidades lingüísticas, aceptar a las personas y sus situaciones, evitar juicios previos y suposiciones, profundizar en los problemas y sus causas, intentar buscar soluciones conjuntas, saber escuchar, desarrollar empatía⁷³, prestar atención al lenguaje no verbal (movimientos de brazos y otras partes del cuerpo para reforzar el discurso; el tono y volumen de voz, administración adecuada de las pausas), facilitar la toma de decisiones y utilizar técnicas

⁷³ La empatía permite identificar necesidades y perfil de los alumnos, escoger los métodos más adecuados, formarse una idea en cada momento de lo que piensan los alumnos y ayudarlos a conseguir sus objetivos (Amat, 1998, p.62).

de comunicación, son algunos de los aspectos a tener en cuenta en la comunicación eficaz (Gutiérrez, 2004).

El elemento comunicativo, además de ser un componente fundamental del modelo pedagógico constructivista, también lo es, de algunos de los modelos de enfermería. Desde el inicio de la enfermería con F. Nightingale, ya se planteaba la necesidad de la comunicación en la relación con el paciente. Más, tarde, teóricas como H. Peplau, consideraban la comunicación como la base del modelo enfermero, describiendo en el rol de enfermería, la capacidad de conocer y comprender el comportamiento de los demás, a partir del conocimiento de la propia conducta, para poder establecer así, la relación de ayuda. De hecho, todos los modelos señalados en el apartado anterior se corresponden de algún modo, con la parte psicosocial del ser y proponen el establecimiento de una relación (de ayuda, suplencia, apoyo) entre enfermería y persona. Lo que necesariamente implica, entre otros aspectos, relación interpersonal e influencia comunicativa (Landete, 2012). Se puede afirmar, por tanto, que el elemento comunicativo y las habilidades que de éste se desprenden (empatía, escucha activa, saber qué decir, entre otros), alcanza probado valor en la profesión enfermera, para asegurar el bienestar de la persona desde un punto de vista holístico; de hecho, a lo largo del camino de la disciplina enfermera, la tarea de comunicarse ha permanecido como una constante básica.

Actitud 2.0. como elemento renovador del contexto educativo.

A la atribución comunicativa, cabe añadir otros aspectos que también debe comportar la actitud del docente, especialmente en el nuevo paradigma educativo: es lo que se refiere a la ya conocida como actitud 2.0.

Para Rossaro (2011) esta actitud implica innovar, aprender y compartir. Innovar consiste en la búsqueda de recursos educativos, herramientas, enfoques y procesos pedagógicos, estrategias de aprendizaje, formatos y lenguajes, que permitan desempeñar la educación de manera diferente, obteniendo resultados diferentes. No se trata de aplicar lo último de la tecnología, sino que debe tener valor pedagógico y social, además de tecnológico. Implica ser flexible al cambio, al avance del tiempo y de la sociedad y la cultura. Ser creador y transformador, desafiando lo establecido. Para Romero (2010) implica desarrollar una coherencia pedagógica interna y externa entre

los elementos actitudinales y la realidad educativa. Asimismo, es indispensable el docente con actitud para aprender. La actitud hacia el aprendizaje tiene que ver con estar actualizándose de forma permanente. Un docente que investiga, que se capacita, se actualiza, se hace preguntas y se evalúa a sí mismo, es un docente que aprende, y a la vez es capaz de enseñar la realidad de forma crítica (Rossaro, 2011). Y, por último, implica actitud para compartir. Un docente que colabora y que tiene una actitud tolerante ante las diferencias epistemológicas y metodológicas de la educación; que es miembro de una comunidad abierta y que comparte sus ideas y se interesa por las ajenas; que establece relaciones de diálogo pedagógico sobre diversos criterios e intereses comunes; que tiene disposición para negociar y configurar la dimensión del proceso educativo; es un profesional que apuesta por el cambio educativo colaborativo y mancomunado, y tiene más probabilidad de obtener mejor resultado, dado que el intercambio de ideas, agrega valor al mismo (Romero, 2010; Rossaro, 2011).

Se puede afirmar que, junto a la herramienta comunicativa, la actitud de innovar, aprender y compartir, son elementos que también se hacen imprescindible en el desempeño del rol docente enfermero en cualquier contexto del binomio salud-enfermedad.

3.3.3. Capacidad de acción

Una vez se ha decidido que la acción educativa se desea llevar a cabo, es decir, se «quiere hacer» EpS ejerciendo el rol necesario determinado anteriormente, la siguiente cuestión planteada por Gutiérrez (2004) en su complejo QPS, es si el profesional enfermero «puede hacerlo». Sin duda, dicho profesional es el protagonista en la promoción de la salud. No sólo puede hacerlo, sino que debe hacerlo. El cambio de paradigma en la salud también ha conllevado nuevos retos y el desarrollo de nuevas capacidades de autonomía para la enfermería, que, aunque ya formaban parte de la profesión, no estaban ni reconocidas ni oficializadas. Este desarrollo profesional ha conllevado a su vez, cambios legislativos que han regulado la disciplina enfermera, otorgando una mayor autonomía y propiedad, avalando al enfermero en su función educadora. Entre estos textos legislativos, cabe reseñar en la siguiente tabla (Tabla 9) algunos de los más significativos para la profesión.

Tabla 9. Textos legislativos influyentes para la disciplina enfermera. Elaboración propia

Texto legislativo	Descripción
Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.	Los enfermeros son definidos como parte integrante de los equipos de Atención Primaria, entre cuyas funciones destaca realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social, y contribuir a la educación sanitaria de la población. art. 3 y 5.
Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.	<p>Cabe destacar de este Real Decreto, el segundo capítulo, título III, referido a los principios básicos del ejercicio de la profesión de Enfermería. Queda detallada la Misión de la enfermería y sus funciones derivadas de ésta: prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Tít. III. cap. VII. art. 53.</p> <p>Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención. Aludiendo a estos cuidados, se menciona la ayuda prestada a las personas, sanas o enfermas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes. Tít. III. cap. VII. art. 54.</p>
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias	<p>Esta ley regula los aspectos básicos y competencias de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.</p> <p>En el ejercicio de las profesiones sanitarias en general, se establece la educación sanitaria como uno de los principios generales:</p> <p>“...Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias”. Tít. I, art. 4</p> <p>“...Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas... especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades”. Tít. I, art. 4</p> <p>Y en particular, con esta ley, se confiere a la enfermería autonomía y responsabilidades propias dentro de su marco de actuación profesional, en el que se incluye la educación para la salud.</p> <p>“...Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”. Tít. I, art. 7.</p>

Fuente: extraído de los textos legislativos analizados.

Como se observa, los profesionales de enfermería han ido asumiendo en el ejercicio de sus conocimientos propios, nuevos retos y más responsabilidades, contemplando un cambio también en la forma de trabajar, que se ha centrado más en la persona, desde un punto de vista integral, y no tanto en las tareas mecanizadas, haciendo que la educación para la salud se convierta en su principal instrumento de trabajo. Hoy en día no cabe duda de la importancia del rol educador del enfermero, y de la necesidad de adoptar las medidas necesarias para que pueda desempeñarlo con propiedad, en el ejercicio de su actividad profesional. Esta función, además, es especialmente esencial para mantener la salud y el bienestar de la persona en una sociedad cambiante, en que las enfermedades tienen tendencia hacia la cronicidad y están cada vez más relacionadas con los estilos de vida.

No obstante, el enfermero, en muchos casos no ha aprovechado este potencial que posee. Los elementos condicionantes que han obstaculizado el desarrollo de la EpS ha sido numerosos, especialmente destacables los factores dependientes del sistema sanitario y del sistema educativo: como la dificultad para unir las ramas del saber y la salud, la baja prioridad atribuida a la EpS, con escasos recursos invertidos, falta de formación en esta materia tanto en profesionales de salud, como en profesionales de educación. Y es que tradicionalmente, la educación en salud ha sido concebida desde un punto de vista medicalizado, de carácter nocionístico, orientado a proporcionar informaciones de tipo biológico, sin tener en cuenta las competencias de individuos y los factores sociales y culturales que interactúan en el proceso salud-enfermedad (Fortuny & Gallego, 1988). La formación esencialmente clínica que se ha enseñado, dedicando menos esfuerzos al papel educador y a la formación del estudiante en la práctica educativa comunitaria en entornos extracentro como la escuela, entre otros, hacen que el profesional no se haya sentido muchas veces, motivado ni preparado para desempeñar con eficacia su papel de educador (Salleras, 1990). En el apartado siguiente se profundizará acerca de estos y otros factores, relacionados esencialmente con otro segmento del complejo QPS correspondiente al «saber hacer».

3.3.4. Aptitud del profesional

Una vez resuelto que se «quiere hacer» y se «puede hacer» educación para la salud, llega el momento de implementar las actividades educativas. En este punto, es

necesario preguntarse qué formación tiene el profesional de enfermería en relación con la EpS. Constituye además otro de los cuestionamientos del complejo QPS mencionado, relacionado esencialmente con «saber hacer», que es clave para que el proceso pedagógico alcance los objetivos previstos, constituyendo, sin duda, un elemento decisivo en el desempeño del rol educador. Según Rozo de Arévalo (2002), es aquí donde se considera que existe el factor determinante del fracaso de la educación que se brinda a la comunidad: la falta de preparación pedagógica de los profesionales de la salud responsables de impartirla.

Springett (1998) manifestaba que los requisitos para realizar una intervención de calidad en promoción de salud implican disponer de recursos apropiados, la formación del personal y una cultura de mejora de la calidad en la organización promotora de la iniciativa. Evans (1994) y Speller (1997) exponían que uno de los principios de buena práctica considerados para desarrollar una iniciativa de calidad es, disponer de un equipo de trabajo competente y motivado. La capacitación profesional se convierte pues, en un condicionante para lograr un sistema sanitario, y también educativo, orientado a la prevención y la promoción de la salud. Sin ella difícilmente se pueden plantear objetivos profesionales para resolver un problema o satisfacer una necesidad.

De esta forma, para el desarrollo de la promoción de salud y la práctica de la educación para la salud, es condición necesaria disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de los profesionales. De hecho, este pensamiento quedaba reafirmado en el marco político de salud con el Documento Marco “Salud 21” (1999) sobre el impulso de las políticas de Salud de la Región Europea, que remarcaba entre sus veintinueve objetivos, la importancia de promover el desarrollo de los recursos humanos para la salud, exponiendo que para el año 2010, todos los estados miembros debían garantizar que los profesionales sanitarios y de otros sectores tuvieran los conocimientos, las actitudes, y cualificaciones necesarias para proteger y promover la salud (Gutiérrez, 2003).

Asimismo, en uno de los seis informes técnicos⁷⁴ que resumen la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México 2000), se ratificaba que para que la promoción de la salud se tome en serio a nivel nacional y local, es necesario

⁷⁴ Informe técnico 4: La infraestructura para promover la salud: el arte de lo posible. The Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth), Australia.

modificar radicalmente la capacitación y la práctica, con objeto de incluir el «arte» de la promoción de la salud (que abarca, entre otras cosas, las aptitudes de creación de coaliciones, promoción, negociación, colaboración, comunicación y presentación), junto con la «ciencia» de la promoción de la salud. De esta manera es posible desarrollar una masa crítica de profesionales competentes, innovadores y dedicados. En esta misma Conferencia se ratificaba la importancia de fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos —tanto en las instituciones de enseñanza, como en la formación continua de los profesionales de la salud— como una de las estrategias para reorientar los servicios sanitarios (WHO, 2000).

Como se puede observar, son diversos los organismos que han identificado la necesidad de redefinir el papel de los profesionales sanitarios hacia la adquisición de conocimientos y actitudes educativas. La formación, es lo que otorga elementos al profesional que permiten lograr el fin educativo, promoviendo la toma de conciencia de los individuos sobre los aspectos relacionados a su realidad, aspectos que pueden ser transformados para permitir elecciones saludables (Melo et al., 2007). No obstante, se constatan múltiples factores, políticos, económicos, de gestión, organizativos, relacionados con la teoría y la práctica de esta materia, con los planteamientos y modelos de los diferentes sectores y profesionales implicados, que están influyendo en la formación en este campo, y, por consiguiente, en el desarrollo de la EpS en las respectivas áreas laborales entre las que se subraya la profesión enfermera.

Las investigaciones realizadas sobre las necesidades de formación de profesionales y agentes sociales en promoción de salud apuntan en parte, al escaso conocimiento sobre el campo teórico de la misma, además de no identificarla. El trabajo en promoción de salud requiere un repertorio de actitudes y habilidades que no suelen ser parte habitual de las competencias profesionales. Un factor fundamental ha sido la ausencia o escasez de la formación de pregrado que ha habido en estos temas, así como la escasez de la formación de postgrado que la padece (Gutiérrez, 2003). De esto se deduce que, muchos de los profesionales en activo que actúan como agentes promotores de salud, no han recibido formación básica en esta materia. En base a esto, se lleva a cabo en los siguientes subapartados, un repaso evolutivo de la formación recibida en las dos grandes áreas que conciernen a esta tesis —salud y educación—.

Formación recibida en las disciplinas relacionadas con la salud.

La investigación evaluativa realizada respecto a la formación de los profesionales sanitarios en promoción y educación para la salud constata un claro desajuste entre la formación recibida y las obligaciones profesionales.

El informe SESPAS 2000, en que se analizaron 131 planes de estudios en la educación universitaria española, examinando todas las materias troncales con sus descriptores y las áreas de conocimiento a las que se adjudican; puso de manifiesto que la promoción y educación para la salud tenía una importancia curricular muy limitada y bastante deficiente en las titulaciones de ciencias de la salud (Aibar, 2007; Ruano-Casado & Ballestar-Tarín, 2015). Del mismo modo, el Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud referente a la formación en Promoción y Educación para la Salud (2003), revelaba que dicha materia no aparecía en ninguna de las titulaciones del Ministerio de Educación de la formación pregrado, como asignatura troncal o descriptor. No existiendo tampoco criterios generales para la configuración de las asignaturas troncales, ni recomendaciones para la oferta optativa —necesarias para la obtención de los correspondientes títulos universitarios— que incluyesen los objetivos y contenidos en Promoción y Educación para la Salud. El Informe concluía también una formación eminentemente teórica, y una evaluación de tipo cognitivo en base a objetivos de recordatorio (Gutiérrez, 2003).

En lo que se refiere a la formación de postgrado, dicha investigación constataba una gran variabilidad en los criterios de admisión a la titulación, que no siempre especificaba el público destinatario. Carencia de programa docente en algunas de las ofertas, existiendo gran variabilidad de créditos y del nomenclátor de la titulación obtenida. Contenidos y metodología docente poco homogéneos, así como el coste, muy variable.

Por último, en formación continuada, se destacaba una oferta muy amplia y diversa, pero con pocos planes de formación continuada a medio-largo plazo referente a la temática; llevándose a cabo análisis sistemáticos de necesidades formativas en raras ocasiones. Se hacía constar también una formación dirigida a una gran diversidad de profesionales; programas con contenidos más teóricos que prácticos, objetivos cognitivos y metodologías expositivas, coexistiendo esto con todo lo contrario. Un

número de horas considerado frecuentemente escaso como para alcanzar objetivos de capacitación, y criterios y sistemas de acreditación que no contemplaban las necesidades de la promoción de salud (Gutiérrez, 2003).

En 2007, con objeto de profundizar en esta temática y marcar estrategias de mejora de la calidad de la formación en promoción y educación para la salud, se vuelven a extraer conclusiones para estas mismas áreas de Grado, Postgrado y Formación continuada. Estas conclusiones fueron consensuadas entre más de cien profesionales de distintas instituciones y disciplinas relacionadas con la promoción de la salud, quedando reflejadas en las actas de la I Jornada Nacional de Formación y Educación para la Salud. Dicho documento ratificaba la poco alentadora panorámica de la formación en promoción y educación para la salud. Al respecto, sugiere Aibar (2007) una docencia universitaria en ciencias de la salud condicionada por unos recursos limitados, un número frecuentemente excesivo de estudiantes, y unos hábitos académicos determinados por la prolongada tradición del uso de métodos unidireccionales. Todo ello conllevaría la existencia de unos planes docentes sobrecargados y centrados más en el interés y las necesidades de promoción del profesorado, que en las necesidades de los estudiantes o en los requerimientos del sistema en el que deben desarrollar su actividad profesional.

Desde esta perspectiva, haciendo revisión de lo que ocurre actualmente con los planes de estudio de los grados en ciencias de la salud en referencia a la promoción y educación para la salud, no parece que el horizonte haya cambiado demasiado en estos años en que el Proceso de Bolonia —que tiene por objeto adaptar el contenido de los estudios universitarios a las demandas sociales, mejorando su calidad y competitividad— se ha ido afianzando. En un análisis de contenido realizado en los planes de estudio y de las asignaturas de las once titulaciones, a través de las guías académicas dispuestas en la red universitaria de Valencia en el curso 2012-2013, se llega a la conclusión de que la formación en promoción y educación para la salud, apenas se contempla en las competencias generales y específicas de los planes de estudios, y en ninguno de ellos se muestran reflejadas las competencias básicas y transversales. De las 519 asignaturas (2880 créditos) de 11 titulaciones, la promoción y educación para la salud, únicamente aparece en 54 asignaturas, siendo, eso sí, el grado de Enfermería la titulación que más formación imparte a sus estudiantes (Ruano-Casado & Ballestar-Tarín, 2015).

Por su parte, los hallazgos realizados por Morín (2014) ponen de manifiesto la necesidad de potenciar la formación en promoción y educación para la salud en estudiantes de enfermería: “[...] en la medida que los estudiantes desarrollen dichos aprendizajes durante la etapa educativa universitaria, construirán una visión enfermera, que es totalmente necesaria para el presente y futuro de su aportación a la salud de la población. De esta manera, pueden estar en mejor disposición para motivar a las personas a adoptar comportamientos saludables y colaborar con ellas en el cambio de los aspectos sociales perjudiciales para su salud y calidad de vida” (p.211).

Como se observa, a pesar de ser avalada la importancia de la formación por diferentes organismos internacionales y nacionales; la visibilidad y el grado de compromiso que adquiere la universidad en relación con esta materia sigue siendo limitado (Ruano-Casado & Ballestar-Tarín, 2015). Es preciso, tal y como exponía Aibar (2007), una respuesta efectiva a estas necesidades, introduciendo cambios en los planes de estudio, en la metodología docente, y en los escenarios en los que se debe realizar la enseñanza, que sigue estando anclada académicamente en el entorno hospitalario y de la Atención Primaria, siendo difícil entender, que la enseñanza de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, pueden y deben incluirse en otros escenarios, como, por ejemplo, los centros escolares.

Así, conocer experiencias de éxito concretas, e involucrar a los departamentos universitarios de salud pública y a los estudiantes en proyectos relacionados con la promoción de salud, como el de Escuelas Promotoras de Salud, o iniciativas comunitarias en colaboración interdisciplinar con otros profesionales, y utilizar metodología de enseñanza-aprendizaje participativa y novedosa, puede ser un paso importante.

Además, sería necesario tratar de establecer una colaboración efectiva con otras disciplinas, dado el carácter interdisciplinario e intersectorial de las actividades de promoción y educación para la salud (Aibar, 2007). En este sentido, como ya se ha aludido en apartados anteriores, sería provechoso tener en cuenta los enfoques de aprendizaje constructivista de la disciplina pedagógica, y los fundamentos que de ella se desprenden.

Formación recibida en las disciplinas relacionadas con la enseñanza.

En lo que se refiere la formación del profesorado en promoción y educación para la salud también ha sido escasa, e incluso, en muchos casos, nula (Gavidia, 2007). Con la puesta en marcha de la LOGSE y la introducción de la educación para la salud en los currículums educativos, comenzaron a darse pequeños pasos para implantar esta disciplina en los planes de estudio de la anterior Diplomatura de Magisterio, al entender que son estos profesionales en quien recae la mayor responsabilidad para el desarrollo de la Educación para la Salud en la escuela. Pero, el análisis realizado por el Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS (2003) ponía de manifiesto la falta de contenidos curriculares relacionados con la Promoción y Educación para la Salud en las diplomaturas de Magisterio, quedando relegados a las asignaturas optativas en el mejor de los casos. Además, la metodología empleada y la evaluación llevada a cabo en estas ofertas formativas, sugería asignaturas eminentemente teóricas, con escasa aplicación práctica y predominancia de evaluación de los estudiantes en relación con objetivos cognitivos (Torres, 2007).

Gavidia (2007), en la misma línea, sugiere que la EpS no aparecía como materia troncal obligatoria en ninguna de las titulaciones referente a la formación inicial del profesorado de Educación Infantil y Primaria. Ésta podía ofrecerse como materia optativa o de libre elección, en función de los recursos y sensibilidad de las Universidades. Lo mismo se daba en la formación inicial del profesorado de Educación Secundaria, donde —según el autor—, la EpS ha sido inexistente. Así, el curso formativo sobre aptitudes pedagógicas (CAP)⁷⁵ que dichos profesionales han tenido que acreditar para acceder a la docencia una vez obtenido su titulación en materias curriculares como biología, física, matemáticas, lengua, entre otras; nada tenía que ver con aspectos de Promoción y Educación para la Salud, considerados frecuentemente como tangenciales para ser integrados en tan escaso tiempo que duraba el denominado curso. Todo ello corroboraría las lagunas sobre EpS de los maestros de Educación Infantil y Primaria en su formación inicial. La poca que han recibido, lo han hecho en la mayoría de las ocasiones, de forma dispersa, sin presentación de modelos globales y coherentes con las competencias que luego se espera de ellos en su práctica profesional. El caso de la

⁷⁵ CAP (Certificado de Aptitud Pedagógica): 30 horas de didáctica general, psicología y sociología; 30 horas de didáctica específica de la materia que se trate, 50 horas de prácticas.

formación inicial del profesorado de Educación Secundaria es más grave para el autor, por su total inexistencia.

Torres (2007) por su parte, afirma que muchas de las dificultades encontradas para la promoción de salud en la escuela han sido como consecuencia de una necesidad concreta de formación sobre los contenidos de salud a abordar, a la formación metodológica y didáctica para la incorporación de las materias transversales al currículum escolar, a la necesidad de trabajar en equipo, especialmente con padres y otras instituciones, y por último, a la formación sobre cómo evaluar el proceso educativo en Promoción y Educación para la Salud, especialmente los referentes a los aspectos actitudinales y comportamentales. A todas estas necesidades formativas en lo que se refiere a la promoción y educación para la salud, habría que añadir, además, otras barreras que también han dificultado su desarrollo en el ámbito escolar, de las cuales se ha hecho mención en un capítulo anterior.

Esta situación parece no haber cambiado en esta última década. Al revisar la Orden ECI/3858/2007⁷⁶, de 27 de diciembre (que ha sustituido al CAP tras la constitución del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) fruto del convenio de Bolonia), se sigue observando el mismo horizonte. Si bien es cierto que tiene una duración más larga, ya que consiste en un Máster de 60 créditos⁷⁷, entre los requisitos de los planes de estudio conducentes a la obtención de esta titulación, no se refleja nada relacionado con la Promoción y Educación para la salud. Las competencias que deben adquirir los estudiantes siguen la misma línea que el conocido CAP, encuadrándose en un módulo genérico (aprendizaje y desarrollo de la personalidad; procesos y contextos educativos; sociedad, familia y educación); un módulo específico (complementos para la formación disciplinar; aprendizaje y enseñanza de las materias correspondientes; innovación docente e iniciación a la investigación educativa); y un módulo de prácticas (relacionado con la especialización, incluyendo el Trabajo Final de Master), que nada tiene que ver con EpS.

⁷⁶ ORDEN ECI/3858/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de las profesiones de Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanzas de Idiomas.

⁷⁷ European Credit Transfer System (ETCS) son los nuevos créditos que regulan los estudios del denominado Proceso de Bolonia. Se diferencian de los anteriores en que no solo se miden las horas de clase. Antes, un crédito equivalía a 10 horas, y actualmente también bareman el trabajo del alumno fuera del aula: de media, un ETCS equivale a entre 25 y 30 horas de aprendizaje.

En definitiva, tanto el profesorado como los profesionales sanitarios son agentes de salud relevantes y tienen un campo común de trabajo. Respecto a las necesidades de formación, comparten aspectos relacionados fundamentalmente con la construcción del perfil de educadores para la salud y la competencia profesional necesaria para hacer promoción de la salud. Según Gallego & Aguirre (2007), es preciso que profesorado y profesionales sanitarios compartan las bases conceptuales y conozcan y apliquen las evidencias existentes. Por otro lado, es necesaria una formación dirigida hacia un modelo facilitador, que se aleje de actitudes paternalistas o prescriptivas. Es importante reflexionar sobre la propia identidad profesional y su relación con determinados problemas de salud, revisando las propias actitudes, valores y creencias. Así, los profesionales de la educación deberían integrar el abordaje de la salud como parte de la educación integral y los profesionales sanitarios deberían incorporar un perfil educativo a su práctica. De igual forma, la formación también debería aportar a los profesionales herramientas y habilidades para desarrollar su rol de educador para la salud: comunicación interpersonal, trabajo con grupos, habilidades para la vida, así como criterios para elaborar o seleccionar los métodos, materiales y recursos más adecuados a cada situación.

Desde el Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, referente a la formación en Promoción y Educación para la Salud (2003) ya se recalca la necesidad de incorporar nuevas direcciones y teorías interdisciplinares de la promoción de salud; nuevas disciplinas, teorías del aprendizaje significativo, enfoques de pedagogía activa y de relación de ayuda. Asimismo, se consideraba necesario formar en técnicas activas e instrumentos eficaces para realizar actividades de EpS, puesto que no se ofertaba apenas formación en habilidades de elaboración de materiales informativos y uso de los medios de comunicación social. Por último, en habilidades de abogacía (analizar y comprender la diversidad social, política, económica y cultural, tanto en ámbitos amplios como reducidos, buscar oportunidades políticas, y hacer presión en beneficio de una causa), y de trabajo con otros (crear acuerdos de colaboración, cooperar, reconocer potencialidades de otros campos y áreas).

Se podría aseverar que la mayoría de los profesionales de enfermería que han obtenido su titulación en el sistema educativo español, tienen los conocimientos precisos en materia de salud —“el saber”— para llevar a cabo intervenciones educativas, pero

precisaría de las competencias pedagógicas necesarias que conduce al afianzamiento del perfil educativo de dicha práctica en el entorno escolar. Cosa diferente ocurre en otros países de la Unión Europea y EE.UU, donde la figura de enfermería en la escuela está consolidada y recibe formación específica para ello. En este sentido, a lo largo del siguiente apartado se analiza con más profundidad la especialidad de enfermería escolar que, si bien es cierto que no está reconocida en nuestro país, es una vía que sin duda ayudará a alcanzar uno de los objetivos fundamentales de esta tesis, que es definir al enfermero promotor de salud en el entorno escolar y las competencias pedagógicas de éste.

3.4. La figura del profesional de enfermería en los centros de enseñanza

La figura del profesional de enfermería en la escuela no es algo desconocido, dado que ya está consolidada e institucionalizada en centros de escolaridad obligatoria de otros países, y en centros de educación especial en España (Encinar, 2015).

El debate de la necesidad de este profesional en las escuelas surge en Londres, en el “Congreso de Higiene y Demografía” (1891), cuando se plantean los beneficios de las visitas regulares de enfermería a los colegios para revisar la salud de los escolares. Esto conduce a que en 1897 se funde “*The London School Nurses’ Society*” y se creen puestos de “enfermeras escolares” en colegios ingleses de enseñanza primaria, estableciéndose también las principales funciones de la enfermería escolar de aquella época. Estas funciones, iban encaminadas a la detección precoz de la enfermedad, inspecciones médicas en las aulas, y asistencia de las dolencias menores de los escolares, no obstante, se reconocían ya aportes de promoción de salud, tales como supervisar los hogares e instruir a las madres sobre el cuidado de los hijos, y prevenir la propagación de enfermedades contagiosas. Pocos años después, esta figura se extendería por Suecia y Escocia (Encinar, 2015).

En EE.UU, la práctica de la enfermería escolar comenzó en 1902 cuando una enfermera fue contratada para reducir el absentismo escolar, interviniendo con estudiantes y familias, respecto a las necesidades de salud relacionados con las enfermedades

transmisibles. Después de un mes de dichas intervenciones con éxito en las escuelas de la ciudad de Nueva York, Lina Rogers, la primera enfermera escolar, fue capaz de proporcionar el liderazgo para implementar los cuidados de enfermería basada en la evidencia, en toda la ciudad (Silver, 2016).

En 1926, en EE.UU, la “National Organization for Public Health Nursing” (NOPHN)⁷⁸ reafirma la eficacia de la educación sanitaria cuando existe interacción entre el cuerpo docente y la enfermería, alcanzando un abordaje completo en la salud infantil y en la educación sanitaria a los padres. En 1999, surge el término “School Nursing” designado por primera vez por la “National Association of School Nurses” (NASN), fruto de la especialización del profesional de enfermería en el ámbito escolar (Encinar, 2015).

Actualmente, el profesional de enfermería en EE.UU constituye un referente en el ámbito escolar que trabaja a tiempo completo atendiendo a consultas de estudiantes, padres, docentes u otros miembros de la comunidad. Realiza una doble función, una de ellas en el Departamento de Salud, y la otra, en la Escuela de dicho departamento (González, 2012). En algunos países de la Unión Europea como en Londres, la profesión de enfermería escolar constituye también una línea de especialización. En Francia se cuenta con la figura de “L'infirmier de l'Éducation nationale”⁷⁹. En Escocia, existe al menos, un profesional de enfermería en cada escuela, preferentemente con formación adicional en salud pública. Y en Suecia, existe un profesional por cada 2-5 escuelas (Encinar, 2015).

En España, esta figura no está aún instaurada, quedando supeditado a las intervenciones que los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) realizan en materia de prevención, de forma aislada. Además, en nuestro país aún existe una gran controversia y desconocimiento sobre esta figura, incluso dentro de la propia profesión de enfermería, ya que la especialidad no se encuentra implantada ni reconocida. Algunas posturas defienden la integración de este profesional en la escuela, mientras que otras se reafirman en que las necesidades educativas en relación con la salud ya estarían cubiertas por los profesionales de enfermería comunitaria de los mencionados centros de APS, a través de programas de salud escolar (González, 2012; Encinar, 2015). Sin embargo, cada vez son más numerosas las voces que aluden a la

⁷⁸ Organización Nacional de Enfermería en Salud Pública.

⁷⁹ Enfermero de la Educación.

importancia de introducir de forma continuada al profesional de enfermería en la escuela, existiendo una evidencia positiva al respecto. Son diversos los estudios que demuestran la importancia de la promoción de la salud en dicho entorno, y subrayan el destacado papel de dicho profesional y su efectividad en las intervenciones, que lo legitiman como eje en la salud de la comunidad escolar; especialmente en EE.UU y regiones europeas, donde la profesión de enfermería escolar está consolidada, y de donde se ha encontrado la mayor parte de la evidencia científica en este aspecto.

Allí, la enfermería escolar ha sido reconocida como la clave para identificar y abordar los problemas de salud de los estudiantes, y su impacto en el rendimiento escolar. Organismos como la American Academy of Pediatrics (AAP), American School Health Association, y National Association of School Nurses (NASN), han recomendado la asignación de un profesional de enfermería para cada escuela.

Asimismo, en el Healthy People 2010⁸⁰, se reconoció que están "en una posición ideal" para promover y proporcionar educación para la salud y reducir los riesgos de los estudiantes (Baisch, Lundeen, & Murphy, 2011). Entre los objetivos se establecía que los distritos debían integrar al menos, un enfermero por cada 750 estudiantes, con una variación, en función de la población, de la comunidad y del tipo de estudiantes. Estos profesionales deben haber adquirido la formación necesaria en lo que se refiere a este ámbito. La AAP apoya el objetivo de la preparación profesional para los enfermeros escolares, y recomienda la integración de éstos debidamente instruidos y seleccionados para proporcionar servicios de salud escolar ("The role of the School Nurse", 2008).

La presencia de la enfermería escolar allí donde se ha instituido ha contribuido, sin duda, a conseguir una mejor salud para la población escolar. En un estudio llevado a cabo de 2006-2009, en 35 escuelas de Massachusetts, en el que se evaluaba la eficacia de la intervención enfermera para dejar de fumar, se demostró que dicha intervención resultó factible y eficaz en la mejora de la abstinencia a corto plazo entre los adolescentes varones. Éstos eran casi dos veces más propensos a la abstinencia a los 3 meses de la intervención, en comparación con el grupo control, consiguiendo unas tasas de

⁸⁰ Healthy People 2010. Es una declaración de los objetivos nacionales de salud en EEUU, diseñados para identificar las amenazas prevenibles más importantes para la salud y para establecer objetivos nacionales con objeto de reducir dichas amenazas. Proporciona un marco de referencia en salud. Actualmente está siendo desarrollada la Healthy People 2020. Extraído de la web oficial <http://www.healthypeople.gov/2010/>

abandono del 15% de los adolescentes, frente al 4,9% del grupo control. Asimismo, cantidad y frecuencia de fumadores, disminuyó significativamente en ambos sexos a los 3 meses (Pbert et al., 2011).

Igualmente, en una investigación llevada a cabo de 2006-07 por Baisch et al. (2011) en diferentes escuelas públicas de Milwaukee, para evaluar el impacto de los enfermeros escolares en la promoción de entorno y vida escolar sana; se evidenció que estos profesionales desarrollan una influencia positiva en indicadores específicos de salud, como son las tasas de inmunización de los estudiantes. Asimismo, se demostró una gestión más eficiente de los problemas de salud de éstos. Dicho estudio también se utilizó para identificar la percepción de los miembros del personal de la escuela acerca de la eficiencia de los enfermeros para tratar cuestiones de salud de los estudiantes. El resultado fue que tanto los maestros como el resto de personal de la escuela tenían una buena percepción del enfermero escolar. Consideraron las intervenciones de enfermería vitales para la eliminación de barreras para el aprendizaje de los estudiantes y mejorar la salud general de la escuela.

Para estos autores, los enfermeros escolares: identifican más estudiantes con condiciones crónicas de salud y ayudan a más estudiantes en el manejo de dichas condiciones (por ejemplo, diabetes y asma); identifican y tratan más accidentes y lesiones; aconsejan a más estudiantes sobre temas de salud física y psicosocial; y proporcionan información de seguimiento de los problemas de salud identificados. Por todo ello concluyen que las intervenciones de los enfermeros escolares reducen las tasas de enfermedad y mejoran la gestión de enfermedades crónicas.

En un estudio realizado en una escuela pública del estado mexicano de Tamaulipas, en que se evaluaba un programa de intervención educativa realizado por un profesional de enfermería, dirigido a fortalecer los conocimientos en salud bucal en los escolares, se demostró que el nivel de conocimiento de los escolares en relación con este tema mejoró respecto del que tenían previamente a la realización de la intervención, pasando del 21% al 64% (Rivera, Maldonado, Castro, & Balderas, 2011).

En una investigación sobre el papel del enfermero escolar y su impacto en reducir al mínimo las desigualdades en salud en la absorción de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH), Boyce & Holmes (2012) demostraron que la intervención del profesional de enfermería escolar aumentó la captación de niñas susceptibles de ser inmunizadas,

incluso aquellas de difícil acceso; determinando que este profesional juega un papel clave en la reducción de las desigualdades en salud, no sólo en el programa de VPH, sino también en otros programas de vacunación de la infancia y la adolescencia; ya que mejoran la comprensión de los procesos de entrega de dichos programas, y pueden aportar información y soluciones para aumentar la absorción y hacer frente a las desigualdades en este tema.

Asimismo, en un estudio que evaluaba la viabilidad y la eficacia de la intervención enfermera integrada en la escuela, en lo que se refiere a la mejora de la dieta, la actividad física y reducción del índice de masa corporal (IMC) entre los adolescentes con sobrepeso y obesidad; se determinó que mejoraron los comportamientos relacionados con la obesidad de quienes participaron (Pbert et al., 2013).

En una revisión llevado a cabo para describir los tipos de intervenciones de estos profesionales, así como los resultados de salud y educación vinculados a estas acciones, se concluyó que, en 17 de los 65 estudios revisados, las intervenciones de los/as enfermeros/as escolares se vincularon a mejores resultados estudiantiles (Best, Oppewal, Travers, 2018).

Como se observa, estos estudios son una muestra que acredita al profesional de enfermería como garante de la salud escolar. En el “17th Biennial School Nurse International Conferencie”, se dio a conocer parte de la investigación real y empírica sobre la necesidad y el alcance del papel de la enfermería en la escuela, quedando claro que, si bien la evidencia muestra que el servicio enfermero en la escuela es necesario, ya que puede retrasar la mala salud en la vida adulta; sin embargo, éste tiene dificultades para sobrevivir y prosperar en la mayoría de las partes del mundo, debido principalmente a limitaciones económicas (Godson, 2013).

En nuestro país, se encuentran escasos estudios sobre esta figura profesional, con toda probabilidad porque no está reconocida como especialidad. Monsalve (2013) concluía en su tesis la necesidad de la figura del enfermero en la escuela para que ésta sea considerada como saludable. Este profesional representaría el pilar básico del equipo multidisciplinar encargado de llevar a cabo la educación para la salud. La figura del enfermero escolar significaría no sólo la aportación profesional de conocimientos, sino una apuesta por la calidad de la EpS, abriendo un gran abanico de posibilidades en la dimensión de la salud escolar como motor de la promoción y fomento de estilos de vida

saludables para los escolares. La figura del enfermero escolar serviría a los centros educativos como unidad de apoyo para el total desarrollo de programas de salud, asumiendo una triple función: función asistencial, de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y conductas de riesgo.

Según Fernández, Rebolledo, & Velandia (2006) y González (2012), el tratamiento transversal que se aplica en el abordaje de la EpS ha evidenciado carencias con población escolar española, por lo que manifiestan la necesidad de extender las funciones profesionales de enfermería a los centros escolares de nuestro país, tal y como ya sucede en otros como Francia, Inglaterra o EE.UU. Asimismo, añaden un listado de actividades que el enfermero escolar debería abordar en caso de ser integrado (p.27):

- Realizar un seguimiento de salud, para conocer los problemas y necesidades de la población escolar de cada centro escolar.
- Adaptar la EpS a las necesidades detectadas en cada centro escolar.
- Impartir las sesiones que conforman los programas de EpSE.
- Crear un espacio de consulta en el cual puedan acudir padres, profesores y alumnos, para resolver dudas con respecto a la salud escolar.
- Actuación asistencial ante los accidentes que puedan ocurrir.
- Colaboración con el centro de APS de referencia en las diferentes campañas de prevención y promoción de la salud.
- Realización de intervenciones con los padres, para fomentar y asegurar la continuidad en la promoción de hábitos de vida saludables.

3.4.1. La enfermería escolar como especialidad reconocida

La Asociación Nacional de Enfermería Escolar de EE.UU (NASN), dedicada a la promoción de la práctica de enfermería de la escuela y la salud de los niños en edad escolar desde 1968, define la enfermería escolar como:

“Una práctica especializada de la enfermería profesional que pretende conseguir el bienestar, y el éxito académico de los estudiantes. A tal fin, facilitan el desarrollo normal y la respuesta positiva de los estudiantes a las intervenciones; promueven la

salud y la seguridad; intervienen en problemas de salud reales y potenciales; proporcionan servicios de administración de casos especiales; y colaboran activamente con otros, para construir la capacidad de los estudiantes y la familia de adaptación, autogestión, defensa personal y del aprendizaje” (“The Role of the School Nurse”, 2008, p.1052).

En esta línea, también identifica siete funciones básicas que el profesional de enfermería en la escuela cumple para fomentar la salud infantil y adolescente, y el éxito educativo (p. 1053):

- El profesional de enfermería proporciona atención directa a los estudiantes. Referido a la atención a las lesiones y enfermedades agudas para todos los estudiantes y la gestión a largo plazo de los alumnos con necesidades especiales de salud. Desarrolla y es responsable de un plan de salud individualizado para dichos alumnos con condiciones crónicas, y es capaz de gestionar los posibles eventos emergentes en el entorno escolar (por ejemplo, diabetes, asma). Idealmente, dicho plan debe ir en consonancia con el equipo de salud que visita regularmente al alumno, por lo que la comunicación estrecha con el mencionado equipo de salud es un requisito. Por todo esto, el profesional de enfermería en la escuela tiene un papel único en la prestación de servicios de salud escolar para alumnado con necesidades especiales de salud, con enfermedades crónicas y discapacidades de diversos grados de gravedad.
- Proporciona liderazgo para la prestación de servicios de salud. Evalúa el sistema general de la atención y desarrolla un plan para asegurar que se satisfagan las necesidades de salud. Sus responsabilidades incluyen el desarrollo de planes para responder a emergencias y desastres, y la comunicación confidencial y documentación de la información de salud del estudiante.
- Es referente para la detección de determinadas condiciones de salud. La identificación temprana de los estudiantes con posibles problemas médicos puede disminuir las consecuencias negativas de estos, al referirlos para su tratamiento de forma rápida.
- Promueve un ambiente escolar saludable. Vela por la seguridad física y emocional de la comunidad escolar. Participa en la planificación, implementación

y evaluación de planes de prevención y gestión de la violencia escolar, la intimidación, suicidio y drogodependencia, entre otros.

- Promueve la salud. Ofrece educación para la salud, proporcionando información de salud a los estudiantes de forma individual y grupal. Colabora con el equipo docente en el desarrollo del plan de estudios de educación para la salud. Y también puede proporcionar programas para el personal, las familias y la comunidad. Los temas de educación sanitaria pueden incluir la nutrición, el ejercicio, prevención y cesación del tabaquismo, salud bucodental, prevención de infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades infecciosas, uso y abuso de sustancias, vacunas, prevención de embarazo adolescente, entre otros. Asimismo, también promueven la salud en los consejos escolares de salud locales.
- Adquiere un papel de liderazgo para las políticas y programas de salud. Como experto en cuidado de la salud dentro del sistema escolar, el enfermero escolar se convierte en líder en el desarrollo y evaluación de políticas de salud escolar. Estas políticas incluyen la promoción de la salud y la protección, gestión de enfermedades crónicas, programas coordinados de salud escolar, políticas de bienestar escolar, gestión de desastres y emergencias, protección de la salud mental, gestión de enfermedad aguda, y prevención/gestión de enfermedades infecciosas.
- Sirve de enlace entre el personal escolar, familiares, profesionales de la salud y la comunidad. Participa como experto en salud. Asegura una atención coherente y coordinada. Trabaja con organizaciones de la comunidad y el equipo de APS para que la comunidad sea un lugar saludable para todos los niños y las familias.

Este profesional actúa como líder en la comunidad escolar para supervisar las políticas y programas de salud escolar. Tiene un papel fundamental para proporcionar conocimientos y supervisar, tanto la prestación de servicios de salud escolar, como la promoción de la salud. Utilizando su conocimiento en salud y juicio clínico, el enfermero proporciona atención sanitaria a los estudiantes y al resto del personal, lleva a cabo evaluaciones de salud y coordina las intervenciones con el centro sanitario o bien otros profesionales de la salud privada.

En nuestro país, asociaciones como la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) que defienden esta figura, lo definen como⁸¹:

Es el profesional que, dentro del ámbito del Centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud (AMECE, 2015, p.1).

Asimismo, la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3)⁸², también concreta en 2009 su perfil, quedando definido como:

Aquel profesional que realiza su desempeño en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa, y que para ello ha recibido una formación específica y complementaria en su proceso formativo. Su objetivo es contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad, debiendo estar integrada en la misma, y, en consecuencia, presente en el centro educativo durante todo el horario escolar, y no como un agente externo que acude de forma puntual (Ortiz et al., 2009, p.3).

Las actuaciones y tareas de este profesional se pueden establecer de acuerdo con las cuatro funciones reconocidas de la enfermería profesional: asistencial, docente, investigadora y de gestión. Por el contexto de esta tesis, cabe destacar especialmente la función docente, donde queda reconocido las actividades educativas y formativas que desarrolla este profesional, no únicamente dirigidas al alumnado, sino también a familias y al resto de profesionales y trabajadores que forman parte de la comunidad educativa. Entre éstas (Ortiz et al., 2009, p.5):

- Promover la salud y la adquisición de hábitos saludables y habilidades que favorezcan las conductas saludables a través de los programas de EpS dirigidos

⁸¹ Presentado en septiembre de 2009 para la recogida de sugerencias de todos los profesionales de enfermería a nivel nacional y aprobado en Asamblea General de Socios el 11 de febrero de 2010.

⁸² Perfil profesional de la enfermera escolar. Aprobado en Gandía (Valencia) el 30 de octubre de 2009 durante el II Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar.

a toda la comunidad escolar: formar a madres, padres y asociaciones de AMPAS sobre los problemas frecuentes en el centro educativo (enfermedades transmisibles, prevención de accidentes, etc.), cómo prevenirlos y en general, fomentar unos hábitos saludables desde el ámbito familiar participando en la Escuela de Padres. Colaborar en la formación de profesionales y trabajadores de la comunidad educativa (personal de comedor, educadores, maestros, equipo directivo) desarrollando seminarios y talleres sobre hábitos de vida saludables. Trabajar colaborativamente con el equipo docente y el claustro de profesores para integrar la salud en todas las materias de manera transversal.

- Educar a alumnos que padecen enfermedades crónicas, y al resto de la comunidad educativa, sobre el autocuidado.
- Realizar recomendaciones dirigidas a madres-padres, y personal docente y no docente sobre los procesos patológicos más comunes en la infancia y cómo prevenirlos.
- Explicar el proceso de la enfermedad, beneficios y ventajas de algunas pruebas diagnósticas, buen uso del sistema sanitario, etc.
- Aportar a la comunidad educativa una visión de la salud como un bien positivo que hay que cuidar cuando la persona está sana.

Por su parte, autores como Rojo et al. (2004), diferencian lo que serían dos campos de actuación específicos para el profesional de enfermería escolar. Por un lado, el «cuidador de salud», en el que destacan intervenciones relacionadas con los cuidados y la atención directa e indirecta en alumnos sanos y con enfermedades crónicas, discapacidades, ya sea en el entorno cotidiano o en situaciones especiales y/o emergencia, (participación en la elaboración de dietas, revisión y seguimiento de historia de salud, diagnósticos enfermeros de salud de los alumnos, protección y detección de factores de riesgo, entre otras).

Por otro lado, el «educador de salud», en el que destacan intervenciones dentro del equipo educativo tales como colaborar en programas de salud y campañas de salud, divulgación de conocimientos actuando como consejeros en materia de salud, fomentar

hábitos de vida saludables y formar en valores, contribuir en el fomento de la higiene y seguridad del centro escolar, trabajar con los padres y resto de la comunidad educativa.

Ha quedado claro pues, que la presencia del profesional de enfermería en los centros escolares sería una pieza clave para generar estilos de vida saludables en la comunidad escolar y mejorar la calidad de vida de los estudiantes mediante la aportación de su trabajo y conocimiento en materia de salud. No basta con educar a grupos puntuales, sino que esa educación se debe trasladar a todo el ámbito escolar. Autores como Rojo et al. (20014) se lamentan de que en los nuevos planes educativos se hayan incorporado definitivamente psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales a los centros escolares, pero no ocurre lo mismo con el personal sanitario, cuya presencia no debería ser esporádica, sino constante y continuada, como un miembro más del equipo docente.

Así, a través de la evidencia revisada se puede afirmar que el enfermero, por su capacidad de concepción de la persona desde una perspectiva profundamente humanista, esto es, desde una perspectiva integral (biopsicosocial), es la figura ideal para llevar a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje en salud en el ámbito escolar. Además, como se ha podido percibir en apartados anteriores, es la titulación de ciencias de la salud que más formación recibe en materia de EpS. Ahora bien, es clave la adquisición de determinadas capacidades en materia pedagógica para poder llevarlo a cabo con éxito.

A lo largo de la investigación, a través del análisis reflexivo de la literatura encontrada, se ha podido ver que existe un ingente marco referencial acerca de las competencias para ejercer la profesión enfermera generalista; también existe un amplio marco acerca del perfil profesional del enfermero escolar, y de las perspectivas actuales del ejercicio de la enfermería en este entorno, así como su importancia en promoción de salud, y diversas publicaciones que pueden orientarse en esta línea, a pesar de no ser una especialidad reconocida en nuestro país.

Por otro lado, también ha quedado patente las competencias del profesional educador en salud, así como las competencias mínimas para promover la salud fuera y dentro de nuestro país. No obstante, nos encontramos ante la necesidad de disponer de un documento que aglutine todos estos elementos y describa de forma clara las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar.

Cabe ahora desarrollar a través del trabajo de campo este documento que guíe hacia un trabajo educador de calidad en la escuela, acorde con los nuevos retos que la sociedad encaminada hacia una Europa 2020 demanda, y que exige cada vez mayor nivel competencial en la profesión enfermera.

PARTE II. MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4. ENFOQUE METODOLÓGICO

En este capítulo se han determinado los componentes metodológicos que integran la investigación.

En primer lugar, se delimita el problema y objetivos de investigación. Se especifica el tipo y diseño del estudio y se abordan las etapas del proceso. Más tarde, se detallan las técnicas de obtención de información utilizadas y los participantes seleccionados y, por último, se describen las técnicas de procesamiento y análisis de datos. También se tiene en cuenta en este capítulo, los criterios de rigor científico y consideraciones éticas de la investigación.

4.1. Delimitación del problema y objetivos de la investigación

De acuerdo con los planteamientos establecidos en el proceso de revisión de la literatura, se exponen los siguientes interrogantes:

- ¿Qué define al enfermero promotor de salud en el entorno escolar? ¿Puede un enfermero con dominio en el área de comunitaria cubrir esta función? ¿O bien debe pertenecer al área de pediatría?
- ¿Qué competencias pedagógicas debe tener el profesional de enfermería para llevar a cabo con éxito las intervenciones de promoción de salud en el entorno escolar?
- ¿Cómo puede adquirir dichas competencias?
- ¿Qué limitaciones y fortalezas concurren dentro del contexto catalán para llevar a cabo la promoción de salud en la escuela?
- ¿De qué manera podría el profesional de enfermería con competencias pedagógicas optimizar la práctica y desarrollo de las intervenciones educativas que se están llevando a cabo actualmente en la escuela?

La formulación de estas preguntas ha determinado el establecimiento de los dos objetivos generales para llevar a cabo el estudio. De cada uno de ellos se desprenden diversos objetivos específicos, que han dado forma y guiado la investigación.

- **Primer objetivo general**

Establecer el perfil competencial del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar.

- Definir al profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar.
- Generar un mapa de competencias pedagógicas a través del consenso de expertos.
- Diseñar propuesta formativa para la adquisición de dichas competencias.

- **Segundo objetivo general**

Descubrir qué factores favorecen o condicionan una promoción de salud efectiva en la escuela dentro del contexto catalán.

- Reflexionar acerca de elementos facilitadores y barreras en la educación para la salud escolar (EpSE).
- Analizar el valor que puede aportar el profesional de enfermería con competencias pedagógicas específicas.
- Proponer alternativas de mejora de la situación actual, tomando como base a dicho profesional.

4.2. Tipo y Diseño de la investigación

4.2.1. *Consideraciones que han orientado el tipo y diseño de la investigación y estrategia metodológica*

En coherencia a los objetivos delimitados, se planteó una investigación predominantemente cualitativa y de corte interpretativo. La razón que llevó al planteamiento de esta metodología estriba precisamente en la naturaleza del objeto de estudio, que requirió de una investigación sensible a la comprensión interpretativa de la realidad (Cea D'Ancona, 1996; Hurtado & Toro, 2007).

A diferencia de la investigación cuantitativa, en que los esfuerzos van dirigidos a la definición de variables operativas y reducir al mínimo la importancia de la interpretación hasta que los datos están analizados, la metodología cualitativa se centra en los procesos, y constituye un ejemplo de búsqueda de comprensión (Stake, 2010). El objeto de estudio no se reduce a variables individuales, sino que se estudia en su complejidad y totalidad en su contexto cotidiano; y los campos de estudio no son situaciones artificiales en el laboratorio, sino las prácticas e interacciones de los sujetos en la vida cotidiana (Flick, 2007). No se trata, por consiguiente, del estudio de cualidades

separadas o separables, sino de un todo integrado que constituye primordialmente una «unidad de análisis» y que hace que algo «sea lo que es»: una persona, un producto determinado o una entidad, entre otros. Así, se puede afirmar que la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones (Martínez, 2004).

Desde esta perspectiva, en la presente investigación se llevó a cabo un acercamiento integral al fenómeno estudiado haciendo una profunda exploración de la realidad de la promoción de salud en el medio escolar, y la globalidad de las situaciones particulares y personales que se derivan de ésta, avanzando en esta línea, hacia la consecución de los objetivos formulados. Si bien es cierto que se otorgó un lugar predominante al enfoque cualitativo dada la necesidad de profundizar en las dinámicas relacionales, no se desechó tampoco los métodos cuantitativos en la recogida y análisis de los datos. En alusión a esto, Salgado (2007) afirma que el diseño, en el marco de una investigación predominantemente cualitativa, es flexible y abierto, razón por la cual ha de ajustarse a las características, no sólo del objeto de estudio, sino también a las condiciones en que se circunscribe. Así, en el diseño se combinó la aplicación cualitativa/cuantitativa del método Delphi con el enfoque exclusivamente cualitativo de las entrevistas en profundidad y la revisión documental, confluyendo esta complementariedad de estrategias en un procedimiento propio de los diseños mixtos de investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Son numerosos los autores que señalan las ventajas en la aplicación de este tipo de diseño. Cook y Reichardt (2005) apuntan hacia sus objetivos múltiples, vigorización mutua de los dos tipos de método y la triangulación a través de las operaciones convergentes. Esta metodología no sólo permitió alcanzar un mayor enriquecimiento profundizando en el área estudiada desde una perspectiva teórica fundamentada, sino que permitió recabar actitudes, actuaciones y otros procesos interactivos a través de los participantes, que hubieran pasado desapercibidos en un estudio exclusivamente de muestras. Se obtuvo una mayor riqueza en los resultados y un mejor entendimiento del fenómeno estudiado a través de las inferencias del conjunto obtenidas (Cabrera & Rosales, 2017).

En el sentido expuesto, atendiendo a la organización de los diseños mixtos planteada por Johnson & Onwuegbuzie (2004), Onwuegbuzie & Leech (2006), la presente investigación respondió a los siguientes criterios:

- Diseño de modelo mixto, puesto que se combinan en una misma etapa o fase de investigación, tanto métodos cuantitativos, como cualitativos.
- Estrategia secuencial con estatus dominante de uno de los dos métodos en función de los objetivos de la investigación y del interés surgido en cada fase, con integración de datos en la interpretación y cuyo énfasis fue interpretar relaciones (Creswell & Plano, 2011).

Este diseño queda representado en la siguiente figura (Fig. 2).

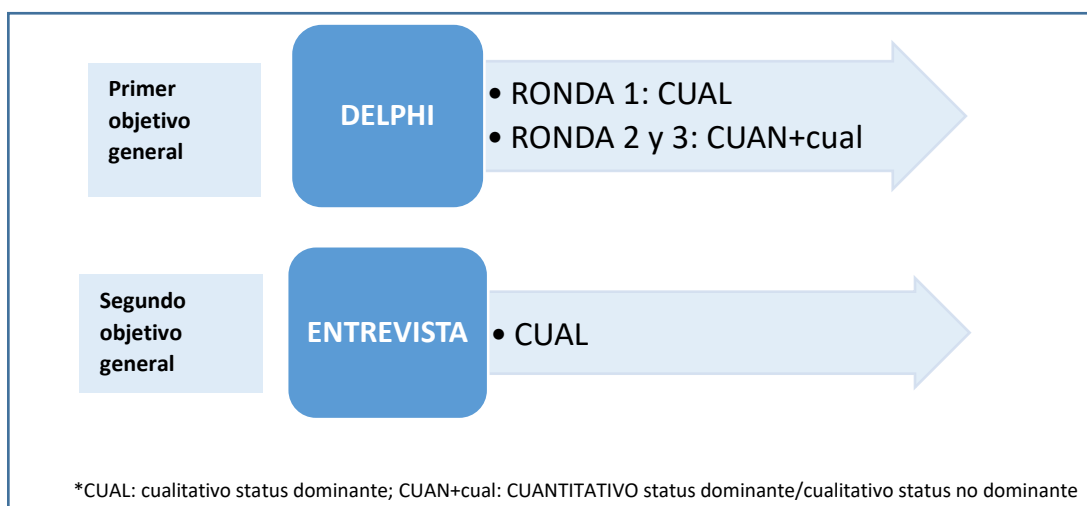


Fig. 2. Esquema organizativo del diseño mixto concordante con la investigación

4.2.2. Características de la Investigación

Las características de la investigación han venido marcadas por elementos inherentes a la metodología seleccionada, concordantes a su vez, con las particularidades del estudio:

- Complementariedad al combinar diversas estrategias metodológicas en la recolección y análisis de los datos combinando además el enfoque cualitativo y cuantitativo (Creswell, Plano, Gutmann & Hanson, 2003).

- Su naturaleza holística ofreció las herramientas necesarias para orientar el estudio al proceso de la realidad que se pretendía estudiar (Stake, 2010), permitiendo conocer los hechos, procesos estructuras y personas desde una perspectiva holística, es decir, en su totalidad. Las personas, los escenarios o los grupos fueron considerados como un todo integral, obedeciendo a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación (Taylor y Bogdan, 1992).
- Su carácter naturalista permitió captar las realidades en la forma en la que se presentaban, buscando comprender los valores, creencias, actitudes y significados de las personas que estaban inmersas en la circunstancia analizada (Martínez, 2011). Así pues, se trató de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas misma, centrando el esfuerzo en la lógica interna de la realidad analizada (Taylor y Bogdan, 1992).
- Carácter flexible y emergente. El enfoque progresivo que adquirió la investigación permitió que la interpretación no se confinara a la identificación de variables con anterioridad a la recogida de datos, ni al análisis para el informe final; sino que constituyó un proceso flexible, que requirió de reorientación para sustanciar o precisar los significados, e incluso requirió modificar algunas preguntas iniciales y en parte, el diseño inicial, que también precisó de ajustes a medida que se ha ido avanzando en la investigación. Se siguió una dinámica heurística, en la que cada hallazgo o descubrimiento iba convirtiendo en el punto de partida de un nuevo ciclo investigativo dentro del proceso (Taylor y Bogdan, 1992). Asimismo, siguiendo los razonamientos de Stake (2010), se fueron perfilando los objetivos hacia una línea más coherente con la propia inercia que el proceso de investigación iba tomando y con los datos que se iban extrayendo.
- Proceso hermenéutico. La hermenéutica tiene como misión descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos y los gestos, así como cualquier acto u obra, pero conservando su singularidad en el contexto del que forma parte (Martínez, 2004; Guardián-Fernández, 2007). Se trata de comprender la realidad a partir del ejercicio interpretativo intencional y contextual (Cárcamo, 2005). Todo investigador utiliza de forma consciente o inconsciente la hermenéutica, ya que la mente humana

es por naturaleza interpretativa, lo que equivale a decir, que es hermenéutica, es decir, observa algo y le busca significado (Guardián-Fernández, 2007). Ésta aparece de forma implícita a lo largo de toda la investigación, desde la elección del enfoque, pasando por la recogida de los datos y análisis de los mismos, hasta la generación de conclusiones; todas estas acciones implicaron actividad interpretativa. Atendiendo a las reflexiones de Stake (2010), se buscó comprender e interpretar el sentido de los textos y bibliografía revisada comparada con la realidad, tal y como es experimentada y concebida por los participantes, teniendo en cuenta aspectos como la intencionalidad y la subjetividad.

- De carácter longitudinal, abierta y humanista. Longitudinal, ya que los participantes han ido ofreciendo información a lo largo de un período aproximado de un año. Abierta, puesto que no se excluyeron en la recolección y el análisis de datos, los puntos de vista distintos, considerando todas las perspectivas como valiosas. Y humanista, ya que se trató de acceder a lo personal, a través de experiencias particulares de los participantes, intentando captar las percepciones, concepciones y actuaciones (Taylor y Bogdan, 1992).
- Rigurosa. Se trató de resolver los problemas de validez y de confiabilidad por las vías de la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo (interpretación y sentidos compartidos). De esta manera, no se impusieron visiones previas, y se trató en todo momento de apartar las propias creencias, perspectivas y predisposiciones, intentando comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas (Taylor y Bogdan, 1992). Igualmente, se explicita con más detalle en un apartado posterior los criterios de rigor científico utilizados.
- De orientación concretizadora, más que particularista y generalizadora. No se buscó la significancia estadística de los datos, ni la objetivación de éstos a través de una muestra para hacer inferencia a la población, sino que se trató de entender el contexto donde se dan los hechos y comprender significados. Profundizar en fenómenos complejos e interpretarlos, para entender los aspectos comunes de los participantes y llegar a conclusiones (Sandoval, 2002).

- Concepción dialéctica del conocimiento. Se adoptó una postura metodológica de carácter dialógico, en la que las creencias, las mentalidades, los prejuicios y los sentimientos, entre otros, fueron aceptados como elementos de análisis para producir conocimiento sobre la realidad estudiada (Sandoval, 2002).

4.3. Etapas del proceso de investigación

El proceso de investigación se ha articulado en cuatro etapas, de las cuales se hace un resumen a continuación (Fig. 3).

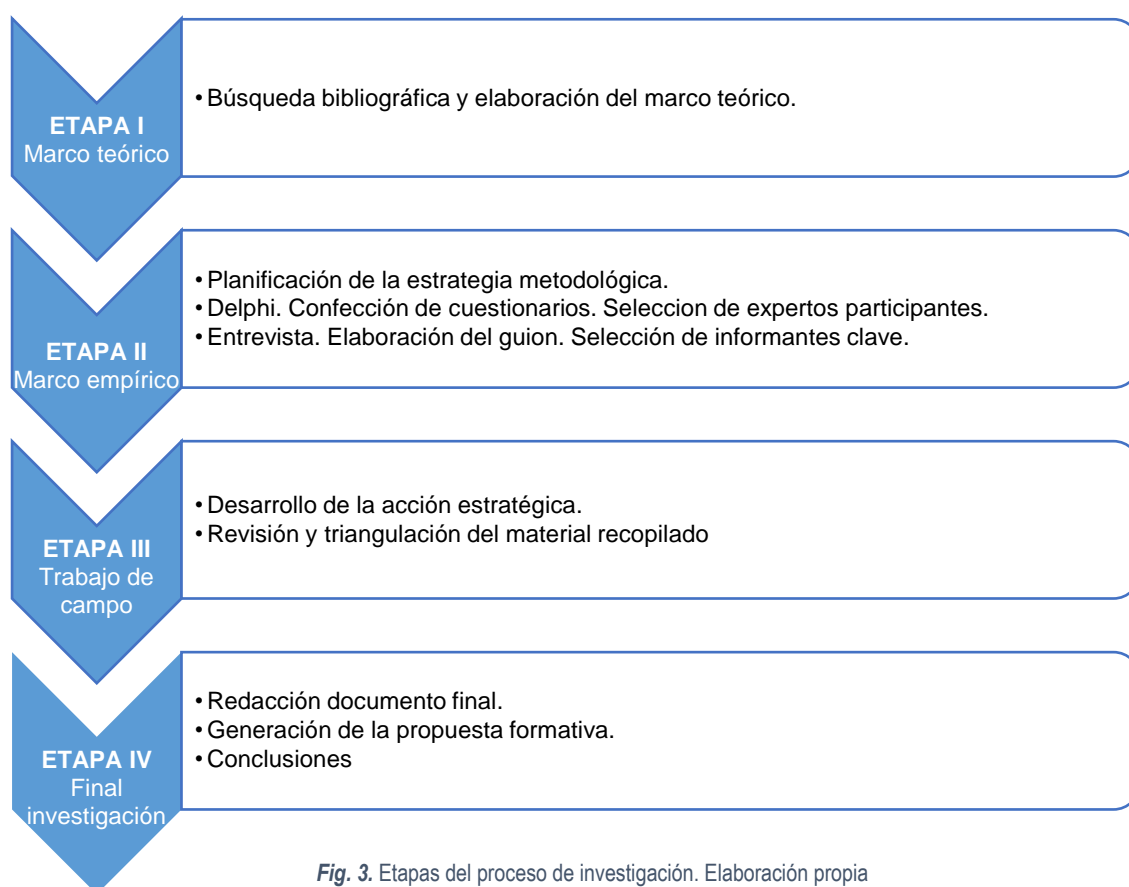


Fig. 3. Etapas del proceso de investigación. Elaboración propia

La primera etapa fue preparatoria, exploratoria y reflexiva. La naturaleza de la investigación requirió de un estudio en profundidad del marco teórico y de una amplia búsqueda bibliográfica. Esto permitió el afianzamiento del proyecto inicial, así como un

acercamiento al ámbito de estudio, reforzando con ello competencias sociales y culturales básicas, que promovieron la interacción eficaz y convincente con las personas y situaciones objeto de la investigación (Sandoval, 2002). Asimismo, también fue útil para orientar y perfeccionar la base de la estrategia metodológica hacia los objetivos marcados, y para concretar el fenómeno a estudiar. La revisión de la literatura no sólo valió para realizar análisis preliminares, sino que permitió depurar conceptualmente las categorías que iban aflorando al realizar el análisis de la información generada en el transcurso de la investigación. Cabe decir, que los hallazgos que se iban forjando hacían necesaria la búsqueda de nuevas fuentes de información teórica y de otras investigaciones publicadas, por lo que la revisión bibliográfica, en este sentido, fue sostenida a lo largo de todo el proceso (Sandoval, 2002; Quintana, 2006).

En la segunda etapa se llevó a cabo la planificación y diseño del estudio. Se realizó la selección de los participantes, la concreción de la estrategia de análisis y la elaboración de instrumentos para el trabajo de campo, teniendo en cuenta los objetivos y el enfoque desde el cual se planteó la investigación.

En lo que respecta a la tercera etapa —trabajo de campo—, éste tuvo lugar en dos subfases intercaladas. En primer lugar, se desarrolló la acción estratégica con los instrumentos, participantes y contexto seleccionados. Igualmente, se llevó a cabo el análisis e interpretación de los datos, que se realizó de forma paralela y solapada a la recogida de los mismos. El análisis fue, en esencia, de carácter cualitativo y mayoritariamente inductivo, por ofrecer grandes ventajas para la descripción y comprensión de una realidad plural y permitir describir de una manera completa el ambiente en el cual se ubican los fenómenos estudiados (González, 2001). No obstante, también se requirió de técnicas cuantitativas en parte de la explotación de los resultados del Delphi, con objeto de precisar de una forma más sistemática y objetiva la opinión consensuada.

La cuarta y última etapa estuvo marcada por la elaboración del informe final y conclusiones. Dichas conclusiones se redactaron dando respuesta a los dos objetivos generales planteados para la investigación. En esta fase, también se llevó a cabo el diseño de una propuesta formativa, que contribuyó a la culminación de la tesis con un documento útil para el desarrollo competencial del profesional de enfermería como promotor de salud en el entorno escolar.

Se muestra a continuación el cronograma seguido (Tabla 10).

Tabla 10. Cronograma de la investigación. Elaboración propia.

ETAPA	DESARROLLO	CURSO 2014-15	CURSO 2015-16		CURSO 2016-17		CURSO 2017-18	
		Abr- Sept	Sep- Dic	Ene- Jun	Sep- Dic	Ene- Jun	Sep -Dic	Ene- Jun
Etapa previa	Elaboración del Proyecto							
Etapa I	Búsqueda bibliográfica							
Etapa II	Planificación de estrategia metodológica.							
	Delphi Confección de cuestionarios primer objetivo general Selección de expertos participantes							
	Entrevista. Elaboración del guion. Selección de informantes clave.							
Etapa III	Puesta en marcha de la acción estratégica (Delphi y entrevistas)							
	Revisión y triangulación del material recopilado							
Etapa IV	Generación de la propuesta formativa.							
	Conclusiones							

4.4. Estrategias de obtención de información

La obtención de información estuvo marcada especialmente por su carácter flexible, de tal forma que se fue perfeccionando y ajustando en la medida en que se avanzaba en

la investigación y se iba comprendiendo la realidad estudiada. La información acumulada permitió ir reajustando el enfoque hacia la recogida de nueva información, estrechando cada vez más el foco de interés. A continuación, se describen las estrategias escogidas en base a las preguntas y circunstancias del estudio, y que por sus características fueron permitiendo desarrollar los objetivos planteados de acuerdo con cada fase del mismo.

4.4.1. Método Delphi

Se clasifica como uno de los métodos generales de prospectiva, que busca acercarse al consenso de un grupo de expertos con base en el análisis y la reflexión de un problema definido (Varela-Ruiz, Díaz-Bravo & García-Durán, 2012). Linstone y Turoff (1975) lo definen como un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo (Varela-Ruiz et al., 2012).

Consiste en una comunicación grupal remota o a distancia, en que los participantes no tienen comunicación directa cara a cara. Es un proceso estructurado, en que una serie de cuestionarios son aplicados en forma secuencial en el tiempo a un grupo de expertos con objeto de lograr un consenso fiable entre las opiniones de dichos expertos (Powell, 2003; Beattie, Hek, Ross & Galvin, 2004; Garavalia & Gredler, 2004; Landeta, 2006, citado en Yañez & Cuadra, 2008, p.10).

Parte de la base de que las opiniones del grupo son más consistentes que las individuales, y de que la calidad del juicio subjetivo grupal generalmente es superior al de una sola persona, debido a la mayor información de la que dispone un grupo (Varela-Ruiz et al., 2012). Permite el sistemático refinamiento de la opinión anónima de expertos con el objetivo de llegar a una posición conjunta (Bonner & Stewart, 2001).

Desde esta perspectiva, se optó por este método para obtener información útil por parte de un panel de expertos que permitiera, junto con la recopilación documental, alcanzar una definición consensuada del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE), así como la consolidación del mapa de competencias pedagógicas que dicho profesional debe poseer para llevar a cabo tal acción. Esta

técnica ayudó en la consecución del primer objetivo general al lograr una mayor comprensión de la realidad estudiada a partir de diferentes perspectivas, y a partir del conocimiento generado de la experiencia y reflexión de participantes con dominio en el tema. No sólo permitió analizar dicha realidad, alcanzando acuerdos sobre un aspecto del que no se dispone información específica concluyente, sino que el consenso de expertos también garantizó la validez de los resultados obtenidos (Yañez & Cuadra, 2008), conformando la estrategia metodológica central de la investigación.

4.4.2. Entrevista cualitativa

Para desarrollar el segundo objetivo general se utilizó la entrevista cualitativa. Con ello se buscó comprender las perspectivas de los sujetos sobre sus vidas, experiencias o situaciones, según sus propias palabras (Taylor & Bogdan, 1992). La finalidad de la entrevista cualitativa es entender cómo ven el mundo los sujetos estudiados, comprender su terminología y su modo de juzgar, captar la complejidad de sus percepciones y experiencias individuales. El objetivo prioritario de este tipo de entrevista es proporcionar un marco dentro del cual los entrevistados puedan expresar su propio modo de sentir con sus propias palabras (Corbetta, 2003).

Son numerosas las ventajas de la entrevista que han sido reafirmadas como instrumento en la investigación cualitativa. Tiene un enorme potencial que permite acceder no sólo a la parte mental de las personas, sino también a su parte vital, a través de la cual se puede descubrir su cotidianidad y las relaciones sociales que mantienen (López & Deslauriers, 2011). Asimismo, Valles (1997) destaca la gran riqueza de información global que ofrece, intensiva, holística y contextualizada; la oportunidad que supone de interaccionar y de clarificar preguntas y respuestas y profundizar en el análisis de significados; y la flexibilidad, diligencia y bajo coste.

En la presente investigación, a través de la entrevista se procuró tener una perspectiva cercana sobre la promoción de salud en la escuela desde la mirada de sus protagonistas, analizando el valor que puede aportar el profesional de enfermería con competencias pedagógicas específicas en la mejora de la situación actual. Así pues, se realizó con el fin de establecer la cultura y el contexto específicos en los que tiene lugar la promoción de la salud en la escuela, y en los que opera el profesional enfermero.

Para ello se ha seleccionado un tipo de entrevista semiestructurada, es decir, con un guion predeterminado con las preguntas y temas a tratar. En este tipo de entrevistas, el entrevistador puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas, plantear las preguntas que considere oportunas en los términos que le parezcan convenientes, pedir al entrevistado que le aclare algo que no entiende o que profundice sobre algún aspecto cuando lo estime necesario (Corbetta, 2003).

Las razones para escoger esta modalidad de entrevista fueron varias. No se basa exclusivamente en la recogida de datos, sino que permite entender los puntos de vista de las personas y comprender la realidad social. No se pretendió una reproducción de datos cuantitativa, sino que el objetivo prioritario fue la comprensión, cubriendo una variedad de situaciones sociales, quedando los datos cuantitativos recogidos de la entrevista como un subproducto secundario del análisis, sacrificado por las modestas dimensiones de la muestra. Tampoco se buscó generar frecuencias ni correlaciones, sino que se trató de reconstruir historias. El objetivo no fue entender las relaciones entre variables, sino comprender las manifestaciones en su individualidad. Y, en consecuencia, el punto de partida, tanto para el análisis de los datos como para la reflexión teórica, lo constituyó el individuo, no la variable (Corbetta, 2003).

Desde esta perspectiva, a través de la entrevista no se pretendía cuantificar la promoción de la salud en la escuela, sino que se quiso profundizar en ciertos elementos de ésta, visto desde la mirada de los entrevistados. Asimismo, su carácter flexible permitió adaptarse a las personalidades distintas de los entrevistados, otorgándoles plena libertad para exponer su forma de ver las cosas, sus motivaciones, sus pensamientos, y para destacar su propio punto de vista, utilizando sus propias categorías mentales y su propio lenguaje (Corbetta, 2003). Todo ello hizo que esta modalidad de entrevista fuese escogida especialmente para la consecución del segundo objetivo general de esta tesis.

4.4.3. Recolección documental

Según Hernández, Fernández, & Baptista (2010) la recolección de información consiste en “detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que sean útiles para

los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación” (p.53). En la presente investigación, la recopilación documental supuso una fuente de información de primer orden en la etapa inicial de investigación sobre la que se pudieron contrastar los planteamientos originarios con la realidad de los participantes, para los objetivos planteados. Se llevó a cabo la recuperación e interpretación de datos, a través de los cuales se fue construyendo un marco teórico definido que fue guiando la progresión del estudio, orientando, por ejemplo, la preparación de la entrevista y el Delphi.

Primeramente, se realizó una extensa búsqueda en diversas bases de datos con publicaciones electrónicas de alto índice de impacto para las disciplinas de salud y educación, ya que son estas disciplinas las que han enmarcado la investigación; y se seleccionaron aquellas referencias relacionadas estrechamente con el problema de estudio. Las bases de datos utilizadas fueron principalmente MEDLINE/PubMed, ERIC (Education Resources Information Center), Scopus (Pertenece a Elsevier), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Dialnet, CR Journal Citation Reports, ProQuest Health and Medical Complete, y Redalyc. El acceso a las bases de datos se consiguió a través del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la Universidad de Barcelona (UB), accediendo directamente a las bases o bien a través de la interfaz «ReCercador+». Dicha interfaz permite la búsqueda de documentos en una única base de datos (Primo Central), a través de los diferentes recursos electrónicos suscritos por la UB⁸³.

La búsqueda se llevó a cabo a través de diferentes combinaciones de términos y de criterios distintivos del problema de estudio. Se intentó en todo momento que los términos fueran lo más precisos posible, con objeto de que la consulta tuviera un mayor sentido y se obtuvieran resultados más concretos. Por este motivo, se seleccionaron aquellas palabras clave o descriptores que podían proporcionar luz a la búsqueda; esto es, términos que los autores manejaban reiterativamente en sus planteamientos e hipótesis. Se requirió en algunos casos de la utilización de filtros de búsqueda a través de los operadores booleanos (AND, NOT, OR). Así pues, algunos de los descriptores más utilizados fueron “salud”, “educación”, “enfermería escolar”, “educación para la salud”, “salud escolar”, “promoción de salud en la escuela”, entre otros. Asimismo, la

⁸³ Extraído de la web del CRAI UB.

búsqueda también se realizó en inglés y/o catalán con los mismos términos adaptados para dichos idiomas.

Paralelamente, también se obtuvo información de textos y publicaciones a través de las Webs de organismos e instituciones oficiales de interés como NASN (National Association of School Nurse), WHO (World Health Organization), OPS (Organización Panamericana de la Salud), AMECE (Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos), SCE (Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar), BOE (Boletín Oficial del Estado), DOGC (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya), INE (Instituto Nacional de Estadística), entre otras.

Por último, cabe decir que no se desestimaron otras fuentes como libros y obras de referencia de la temática estudiada, periódicos, blogs científicos, vídeo e imágenes y otros documentos propios de la *World Wide Web*. Según Stake (2010), en la revisión de documentos es preciso tener la mente abierta a pistas inesperadas. Casi todos los estudios requieren, de una forma u otra, examinar periódicos, informes anuales, actas de reuniones y cosas parecidas. Hay que valorar la posible utilidad de los diferentes documentos, ya que cualquiera de éstos puede constituir una base de datos clave. Así, esta información también constituyó un valor importante para la investigación.

Se puede afirmar que el punto de entrada y base teórica de la investigación quedó sustentado en el análisis documental, mientras que el método Delhi y las entrevistas cualitativas —como metodologías más directas para la generación y recolección de información— adquirieron especial sentido en la tercera etapa del estudio, es decir, en el trabajo de campo, el cual se detalla en un apartado posterior.

4.5. Selección de participantes

La delimitación de las personas que participaron en el estudio respondió a los principios de la metodología seleccionada y a las características del propio estudio. Siguiendo los razonamientos de autores referentes como Sandoval (2002) y Flick (2007), se realizó una definición gradual de los participantes a través de muestreo discrecional y progresivo, tanto para el Delphi como para la entrevista. Es decir, las decisiones sobre

cómo y quiénes participaron en el estudio se dieron mientras se realizaba la investigación, basadas principalmente en las necesidades de información derivadas de los propios hallazgos, siendo incluso modificada cuando ya se estaban recolectando los primeros datos. Igualmente, se tuvo en cuenta la decisión de muestreo inicial tomaba según unos criterios teóricos con el fin de centrarse en los objetivos principales, dado el ingente potencial epistemológico del campo de estudio.

Desde esta perspectiva, para determinar la representatividad de los participantes se consideraron los criterios definidos por Morse (1998), priorizando la capacidad de los sujetos cuyo conocimiento y experiencia pudieran aportar reflexiones y datos nuevos y/o interesantes sobre el fenómeno estudiado y estuvieran interesados en participar en la investigación (citado en Flick, 2007, p. 83). Del mismo modo, atendiendo a principios orientadores de Quintana (2006) —pertinencia y adecuación—, han prevalecido aquellos participantes de los cuales se ha considerado que podían aportar la mayor y mejor información a la investigación de acuerdo con los requerimientos teóricos de la misma; y en número suficiente con objeto de contar con los datos para desarrollar una completa y exhaustiva descripción del fenómeno estudiado.

Tras determinar unos criterios teóricos de inclusión y de exclusión —tanto para el Delphi como para la entrevista— en base a los requerimientos conceptuales de la investigación y los objetivos marcados, se procedió al reclutamiento de los sujetos. Para ello, primeramente, se efectuó lo que Sandoval (2002) denomina como «mapeo», esto es, un acercamiento a la realidad social que se pretende investigar. En base a esto, se asistió a congresos, encuentros y jornadas relacionadas con el objeto de investigación, lo que permitió identificar a los actores principales, además de situar el contexto y eventos en que estos interactúan, obteniendo así un cuadro completo de los rasgos más relevantes del fenómeno de estudio. Asimismo, mi posición como enfermera en un equipo de Atención Primaria y como profesora asociada en la Escuela Universitaria de Enfermería, me facilitó conocer y acceder a informantes clave, especialmente para recogida de información en la fase de entrevistas. Tampoco se desestimaron aquellas oportunidades extraordinarias de reclutamiento de individuos que aparecieron fortuitamente, pero que cumplían con las características deseadas y también fueron invitados a participar. El perfil detallado de los participantes de la investigación se redacta en apartados posteriores dentro del trabajo de campo, donde también se realiza una profunda explicación del proceso Delphi y de las entrevistas.

4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

En el trabajo de investigación realizado se utilizaron diversos métodos analíticos en función de la naturaleza de las fuentes y de la estrategia utilizada para la obtención de los datos.

En el caso del Delphi se combinó el análisis de contenido con el análisis estadístico descriptivo en función de cada ronda. Para el estudio de los datos surgidos de las entrevistas también se utilizó como método analítico el denominado análisis de contenido. Este análisis se ha descrito como apropiado para la descripción objetiva, sistémica y cualitativa del contenido manifiesto o implícito de una fuente de datos que el investigador debe interpretar (Krippendorff, 1991). Consiste en seleccionar o extraer unidades de análisis de un contexto determinado, a las cuales el investigador codifica. Posteriormente se analizan los datos de forma simultánea para desarrollar conceptos (Varguillas, 2006). Por su parte, a través del análisis descriptivo, se pretende describir en unas pocas medidas resumen las principales características de un amplio conjunto de datos, de forma que estas medidas reflejen lo más fielmente las principales peculiaridades de dicho conjunto (Rojo, 2006).

Más tarde, se llevó a cabo un proceso de relación y comparación cruzada de los datos obtenidos, procediendo al redactado de los resultados. Por un lado, interrelacionando los datos hallados en las entrevistas y en cada ronda del Delphi; y, por otro lado, integrando la información obtenida en las tres rondas con la literatura científica y con los resultados de las entrevistas.

Se muestra este proceso en la siguiente figura (Fig. 4).

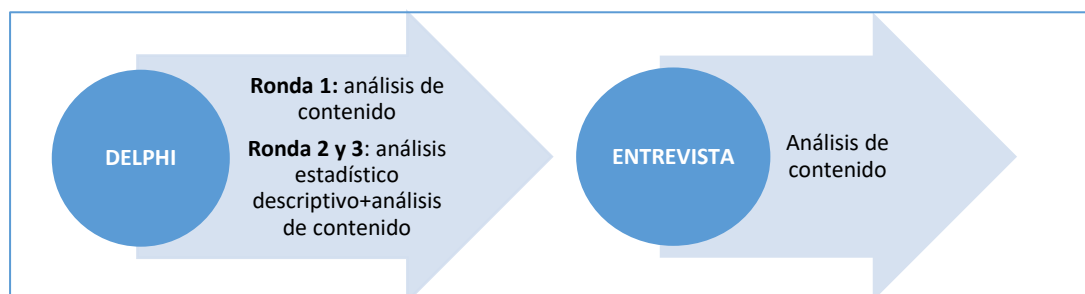


Fig. 4. Técnicas de análisis concretadas para la investigación

El tratamiento y procesamiento de los datos de cada una de las estrategias utilizadas queda explicado en profundidad en apartados posteriores dentro del trabajo de campo.

4.7. Criterios de rigor científico

Es sabido que la calidad de una investigación depende del rigor con que se realiza ésta, que condiciona su credibilidad. El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos. Desde el enfoque cualitativo hay que ser consciente que cuando se exploran fenómenos humanos, las realidades que se analizan con múltiples explicaciones y significados se convierten en realidades tangibles y singulares reconstruidas a través de la versatilidad del investigador (Noreña, Alcaraz, Rójas, & Rebolledo, 2012). Esto hace necesario seguir una serie de procedimientos y estrategias en las diferentes etapas de la investigación que aporten el rigor científico que ésta se merece. Según Guba (1981) los criterios de rigor que deben cumplirse para que los resultados puedan ser considerados como científicos en la investigación cualitativa son: valor de verdad, aplicabilidad, consistencia y neutralidad.

A continuación, se hace un resumen más detallado sobre cómo se lograron estos criterios en la presente investigación:

- En lo que se refiere al valor de la verdad, a modo general, este término hace referencia a la validez interna en la investigación cuantitativa y a la credibilidad en la cualitativa (Guba, 1981). Alcanzar la credibilidad supone asegurarse de que los resultados de la investigación son verdaderos y se corresponden, en cierta medida, con los fenómenos estudiados (Medina, 2005). Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como «reales» por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. En definitiva, es importante que exista una relación entre los datos obtenidos por el investigador y la realidad de los participantes. Se dice que existe validez cuando hay un cuidado exhaustivo del proceso metodológico, de modo que la investigación se

hace creíble (Noreña et al., 2012). Desde esta perspectiva, dentro del marco fenomenológico interpretativo en el que se enmarca esta tesis, la validez o credibilidad de la información trató de conseguirse a través de diferentes técnicas recomendadas: triangulación, material de adecuación referencial y comprobaciones asociadas a los participantes (Guba, 1981).

Según Cohen y Manion (1989) la triangulación es el instrumento más importante de contrastación, es decir, de validez o credibilidad. Se trata de combinar dos o más metodologías para la recolección y análisis de datos y para el establecimiento de conclusiones (citado en Medina, 2005, p.50). En la presente investigación se combinaron una variedad de fuentes de datos, así como diferentes métodos de recogida de información y de análisis (cualitativo y cuantitativo), permitiendo así ser contrastados los datos más relevantes y las interpretaciones realizadas. También se intentó que la información fuera verificada por diferentes fuentes, recogiendo material documental suficiente para tratar el objeto de estudio desde diversas perspectivas, y ofreciendo explicaciones alternativas a las diferentes teorías. Por otro lado, a lo largo del estudio se fueron realizando comprobaciones de la correspondencia de los datos obtenidos con la opinión expresada de los participantes a través de su reiterada lectura, tanto en cada ronda del Delphi, como en las entrevistas.

- La consistencia hace referencia a la fiabilidad interna en términos de investigación cuantitativa y a la dependencia desde el marco interpretativo. La fiabilidad implica la repetición de los resultados cuando se realizan investigaciones con los mismos sujetos e igual contexto. Pero esto, en una investigación cualitativa se convierte en un asunto complejo, tanto por la naturaleza de los datos del propio proceso de investigación como de la presentación de los resultados. Por tanto, entre las estrategias a seguir para garantizar el cumplimiento de este criterio se recomiendan estrategias tales como recurrir a otro investigador que ofrezca su opinión sobre todo el proceso seguido, a fin de indicar si éste se ha llevado a cabo correctamente, y si las estrategias utilizadas para la reconstrucción de las categorías analíticas han sido las apropiadas (Guba, 1981; Noreña et al., 2012). En base a esto, cabe decir que las diferentes fases del presente estudio fueron discutidas y revisadas por los directores de la tesis, que fueron proponiendo los cambios pertinentes hasta que

los resultados alcanzaron la consistencia suficiente para la investigación. Asimismo, tal y como propone Guba (1981), los registros se hicieron de forma sistematizada, explicando escrupulosamente los procesos de recogida de datos y análisis de información realizados, tanto para los datos cualitativos, como para los cuantitativos, y se conservaron dichos registros hasta el final de la investigación. Por último, se llevaron a cabo diferentes métodos de recogida de información (exploración bibliográfica, cuestionario Delphi, entrevista), que permitieron a su vez diversas estrategias de análisis (cuantitativo y cualitativo), a fin de conseguir la mayor estabilidad y congruencia de los resultados.

- La transferibilidad o aplicabilidad —validez externa desde el enfoque positivista—, consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. En la investigación cualitativa, la manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Así, establecer unos marcos concretos y sistemáticos de cómo se han recolectado y tratado los datos, permite que otros investigadores puedan preguntarse si los resultados obtenidos son válidos o no en otras circunstancias similares (Noreña et al., 2012). Siguiendo las recomendaciones de Guba (1981), como estrategias para el cumplimiento de este criterio se llevó a cabo un muestreo teórico, que en ningún momento pretendió ser representativo puesto que no se buscaba la generalización. Según Noreña et al. (2012) este tipo de muestreo permite maximizar los objetos conceptuales que emergen del estudio e identificar factores comparables con otros contextos. Por otro lado, se intentó recoger el máximo de información relevante a través de un número suficiente de participantes, que, si bien no pretendió ser representativo ni extrapolable, sí ofreció una visión íntegra del contexto estudiado; y por último se intentaron hacer descripciones minuciosas de la realidad estudiada, plasmando de forma rigurosa los hallazgos observados, con el fin de que el lector pueda establecer juicios sobre la correspondencia con otros contextos posibles.
- La confirmabilidad —neutralidad u objetividad en estudios de corte positivista— en la investigación cualitativa, se alcanza cuando se puede concluir que los resultados de la investigación no están influidos o distorsionados por los intereses o motivaciones del investigador (Medina, 2005). Bajo este criterio los

resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes (Noreña et al., 2012). Para establecer este criterio de rigor en la presente investigación se recurrió nuevamente a estrategias recomendadas por Guba (1981) como la triangulación, que ya ha sido mencionada anteriormente por su relación con la credibilidad (variedad de métodos de recogida y análisis, revisión de los hallazgos por parte de otros investigadores, entre otras). Por otro lado, siendo consciente de la influencia que pueden tener los diferentes planteamientos, se intentó en todo momento hacer reflexiones de la forma más objetiva y veraz posible en base a la información obtenida. Para ello, se realizaron las transcripciones textuales de las entrevistas y del cuestionario Delphi, contrastando los resultados con la literatura existente sobre el tema, respetando la citación de las fuentes (Noreña et al., 2012).

4.8. Consideraciones éticas de la investigación

La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, no objetos de estudio. Claramente, el enfoque cualitativo trae consigo un complejo contexto de relaciones, compromisos, conflictos y colaboraciones que obligan a cumplir unos requisitos para preservar las condiciones éticas del estudio reflejadas en las intenciones investigativas, es decir, los fines que se persiguen; los resultados que de forma intencionada o no se producen; y el modo en que se reflejan los valores, los sentimientos y las percepciones de los informantes. Estos requisitos están relacionados con la aplicación del consentimiento informado, el manejo de la confidencialidad y los posibles riesgos a los que se enfrentan los participantes del estudio (Noreña et al., 2012).

En lo que se refiere al consentimiento informado, desde una perspectiva ética para mantener la calidad de la investigación, se ha facilitado a los participantes información sobre la investigación y todos los derechos y responsabilidades dentro de ésta. Así, los participantes recibieron una carta de presentación con toda la información referente a la investigación, las condiciones y requerimientos de su implicación. Para ratificar dicho consentimiento se utilizaron dos estrategias diferentes según la técnica de recogida de

datos. En concreto para el Delphi —el cual se llevó a cabo a través de cuestionarios online—, los profesionales expertos daban su conformidad con la participación en el estudio y posterior difusión de los resultados en los términos descritos en la carta de presentación, una vez comenzaban a responder el cuestionario (Anexo 1). Para la entrevista, que se realizó presencialmente con cada participante, éstos podían firmar el consentimiento informado en formato papel en el momento de la entrevista (Anexo 3 y Anexo 4).

En lo que respecta al manejo de riesgos, es decir, por las características de la investigación, no se preveían perjuicios o daño institucional, profesional o personal a efectos de la información aportada o bien que pudieran derivarse de su participación en la investigación. Igualmente, también se les informó que los hallazgos del estudio no serán utilizados con fines distintos a los que inicialmente se proyectaron.

En cuanto a la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan en el estudio, referida tanto al anonimato, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos; se informaba a los participantes del carácter confidencial de la información proporcionada, y de que sus datos personales identificativos no saldrían en ninguna publicación o informe relativo al estudio.

Los datos del estudio se han tomado según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 1999). La confidencialidad de los datos personales se ha hecho de forma respetuosa, tanto en el uso académico como a la difusión pública de los mismos. Para asegurar dicha confidencialidad se procedió a codificar los nombres, tanto en el análisis como en la presentación de los datos. Los datos personales referentes a su formación académica, científica, profesional, lugar de trabajo, entre otros, fueron utilizados a modo general para concretar el perfil del grupo de expertos para el Delphi, así como el perfil de informantes clave para las entrevistas, sin revelar las identidades. Para garantizar la confidencialidad de los datos almacenados en los paquetes informáticos ATLAS-TI, SPSS, Excel y Word, se tomaron las siguientes medidas: el nivel de acceso ha estado restringido mediante nombre de usuario y clave, de manera que sólo podía tener acceso a la información la investigadora principal. Y, por último, para garantizar la confidencialidad en las grabaciones de las entrevistas, se procedió a su descarga en un archivo informático, cuyo acceso ha estado también restringido por contraseña.

Asimismo, se informó a los participantes de que una vez finalizada la investigación, dichas grabaciones serían destruidas. Cabe mencionar que también se obtuvo el certificado favorable de la Comisión de bioética para la realización de la tesis (Anexo 5).

También se pidieron los permisos pertinentes para la utilización y reproducción de documentos cuando así fue requerido según la tipología de derechos de autor de las obras utilizadas.

PARTE III. TRABAJO DE CAMPO

CAPÍTULO 5. TÉCNICA DELPHI

En este capítulo se describen las etapas de elaboración y desarrollo de la consulta Delphi. En primer lugar, se especifican los elementos relacionados con el panel de expertos, los criterios de selección, las estrategias de contacto, y aspectos referentes al grupo coordinador. Más tarde, se concretan las características del proceso, así como el método de aplicación seguido: aspectos referentes al número de etapas, formulación de preguntas, retroalimentación y anonimato. Por último, se ahonda en los procesos seguidos en cada una de las etapas: método de envío de los cuestionarios y tratamiento de los datos.

5.1. Panel de expertos

Según Landeta (2002) los expertos constituyen el eje central del método, ya que sobre ellos recae la responsabilidad de emitir juicios que, de forma agregada, constituyen el *output* de la técnica. Es precisamente por este motivo que cabe detenerse a pensar qué es lo que verdaderamente define a un individuo como experto, y cuáles son los criterios de selección de éstos.

En la literatura no existe acuerdo pleno respecto a la noción de experto. Hoffman, Shadbolt, Burton y Klein (1995) afirman que hay casi tantas definiciones de experticia como investigadores que la estudian. Para algunos autores como Weinstein (1993) existen dos tipos de experticia: Una estaría basada en el conocimiento (experticia epistémica) y la otra, en la actividad (experticia ejecutiva). La primera es la capacidad para proveer justificaciones sólidas para un rango de proposiciones en cierto dominio, mientras que la segunda es la capacidad para ejecutar bien una habilidad de acuerdo con las reglas y virtudes de una práctica (citado en Cruz & Martínez, 2012, p.168-169).

Actualmente existen razonamientos más flexibles que consideran otras posturas intermedias. Para Ténrière-Buchot (2001) pueden distinguirse tres tipos de expertos: *tácticos* (de acuerdo con su grado de especialización y experiencia en el tema); *conciliadores* (por su imparcialidad y sentido común); y *comunicadores* (por su implicación con el objeto de estudio y su capacidad de aportar criterios sobre viabilidad, contextualización, pertinencia, entre otros). De esta forma, el grupo de expertos puede aportar una información útil, con un balance adecuado entre objetividad y subjetividad (citado en Cruz & Martínez, 2012, p.169).

Para Landeta (2002), se pueden distinguir tres tipos de expertos: *los especialistas* (este grupo atesora conocimientos, experiencia, capacidad predictiva y objetividad); *los afectados* (no tienen unos conocimientos superiores a lo normal en el área objeto de estudio, aunque la conocen, y están implicados de alguna forma en ella. Son considerados parte activa sobre la que se aplicará la decisión basada en los resultados del Delphi); y *los facilitadores* (individuos con capacidad para clarificar, sintetizar, estimular y organizar, que no tienen por qué pertenecer a ninguna de las categorías anteriores). Para este autor, el término de experto debe ser considerado desde una

perspectiva abierta, como colaborador o participante, implicado en el problema, que pueda aportar información relevante:

“aquel individuo cuya situación y recursos personales le posibilitan contribuir positivamente a la consecución del fin que ha motivado la iniciación del trabajo Delphi” (p.57).

Como se puede ver, todas estas definiciones hacen que sea más complejo y polémico el concepto de experto y su verdadera clasificación. Sin embargo, algunos estudios conceptuales han identificado aspectos comunes y, en general, se podría afirmar que los autores enfocan el concepto de experto desde la óptica de la competencia profesional, de la pericia y capacidad para prever, evaluar, ofrecer valoraciones conclusivas y hacer recomendaciones viables (Cruz & Martínez, 2012). Para Kennedy, (2004) y Price (2005), un aspecto que ha recibido cierto consenso entre los investigadores en lo que se refiere al experto, es su capacidad para realizar contribuciones válidas, dado que posee conocimientos basados en la práctica y experiencia actualizadas (citado en Yañez & Cuadra, 2008, p.12).

En definitiva, según la naturaleza del problema a tratar, la composición del grupo será diferente. Y desde esta perspectiva, para afinar en la selección de expertos más adecuados para el presente estudio, con una capacidad de clarificar ideas y aportar información útil, el procedimiento aplicado fue el denominado *Biograma* (Cabero & Llorente, 2013). Es decir, se llevó a cabo una selección teniendo en cuenta una serie de criterios estructurados en base a lo anterior explicado. Dichos criterios fueron:

- El grado de conocimientos e información sobre el tema planteado: expertos con conocimientos en el área de promoción de salud en el entorno escolar.
- La formación académica y científica: investigaciones o acciones formativas relacionadas con la promoción de salud en la escuela.
- El grado de especialización sobre el objeto de estudio: cada miembro fue seleccionado sobre la base de su experiencia particular en lo que se refiere al problema de estudio.

También se tuvieron en cuenta otros criterios implícitos relativos especialmente al nivel de motivación y disposición a participar, con objeto de evitar el abandono a lo largo del proceso. Se trató de seleccionar a aquellos expertos más motivados a ofrecer una

colaboración continua y responsable, en virtud de las necesidades que esperaban ver satisfechas a través de su participación (Landeta, 2002).

En base a todos estos aspectos, en un primer momento se optó por seleccionar principalmente a profesionales del área de conocimiento de enfermería cuya actividad principal se desarrollase en el ámbito escolar, precisamente por su grado directo de implicación con el problema de estudio, lo que hacía suponer una disposición mayor de participación, así como un alto dominio del tema. Este primer grupo quedó conformado entonces por enfermeros escolares de instituciones privadas o concertadas. Posteriormente, se optó por incluir también a profesionales del área de conocimiento de la pedagogía, con objeto de concebir un grupo más heterogéneo que aportara otro punto de vista, también representativo para la realidad que se pretendía estudiar. Algunos autores como Powell (2003) señalan que es importante que exista cierta diversidad de puntos de vista, ya que tienen el beneficio de generar mayor interés y reflexión en los participantes. Además, existen amplias evidencias en psicología social sobre que un grupo heterogéneo produce una proporción más alta de respuestas de calidad que un grupo homogéneo (citado en Yañez & Cuadra, 2008, p.12). Así, este segundo grupo quedó conformado por profesionales vinculados a la disciplina pedagógica, especializados en el contexto de la promoción de salud y/o escolar. Por último, se incluyó un tercer grupo compuesto por profesionales que, no perteneciendo a ninguna de las dos categorías mencionadas, se consideraban con capacidad para clarificar y sintetizar decisiones sobre la temática propuesta (Varela-Ruiz et al., 2012). Así, este último grupo estuvo conformado por expertos enfermeros con experiencia profesional y/o académica, así como representatividad en la promoción de salud en el entorno escolar. La siguiente tabla (Tabla 11) resume estos criterios.

Tabla 11. *Criterios de selección de expertos. Elaboración propia.*

Criterios de selección
1. Enfermeros/as cuya actividad principal se desarrolla en el ámbito escolar.
2. Profesionales pedagogos/as, vinculados al contexto de la promoción de salud y/o escolar.
3. Otros profesionales enfermeros/as con experiencia profesional y/o académica, así como representatividad en la promoción de salud en el entorno escolar.

En lo que se refiere al número de expertos, tampoco existe consenso ni un criterio claramente definido sobre este aspecto entre los investigadores. Para Landeta (2002) no hay forma de determinar cuál es el número exacto óptimo de expertos. Se han llevado a cabo intentos realizados a partir de álgebra booleana sin éxito. A modo indicativo para este autor, el número de expertos que más se repite en las investigaciones no es inferior a siete, por lo que establece esta cifra como un mínimo teórico. Otros autores como Malla y Zabala (1978) sitúan el número óptimo de expertos entre quince y veinte, León y Montero (2004) entre diez y treinta, Gordon (1994) entre quince y treinta cinco, y Skulmoski et al. (2007) entre diez y quince (Cabero & Infante, 2014, p.9).

A pesar de los diversos razonamientos, según Landeta (2002) el panel final viene delimitado especialmente por factores determinantes como las áreas de conocimientos que interesa que estén presentes, colectivos a participar, alcance geográfico del estudio, limitaciones presupuestarias y temporales que concurren en el estudio, grado de motivación y la disposición de participación de los expertos válidos, entre otras. Para la presente investigación el panel de expertos quedó formado por 18 miembros, de los que 14 decidieron participar. Cada miembro fue seleccionado sobre la base de su especialización particular en lo que se refiere al problema de estudio, constituyéndose un grupo con amplia experiencia profesional y académica en promoción de salud y/o entorno escolar.

El grueso del grupo posee la titulación de enfermería desarrollando su actividad principal en el ámbito escolar. Algunos de estos son además miembros destacados y representativos de corporaciones, agrupaciones y/o entidades de referencia en la esfera de la Enfermería y Salud Escolar en territorios como Madrid, Barcelona y Andorra. Otro subgrupo incluye a profesionales del área de conocimiento de la pedagogía, que desarrollan su actividad en el ámbito educativo universitario y/o asistencial, con amplia experiencia en promoción de salud. Y un último subgrupo incluye profesionales de enfermería que, si bien no desarrollan su actividad principal y continuada en el ámbito escolar, tienen amplia formación y experiencia en educación para la salud en dicho entorno. El perfil de los expertos que finalmente participaron en el estudio se describe en la siguiente tabla (Tabla 12).

Tabla 12. Caracterización de los expertos que participaron en la consulta (formación académica, científica, experiencia profesional). Elaboración propia.

Perfil	Descripción
Formación académica	En lo que se refiere a la formación académica del panel de expertos, trece de ellos son titulados en enfermería (diploma y/o grado), tres son licenciados en pedagogía y/o ciencias de la educación; y dos de ellos han obtenido el grado de doctor. La totalidad del grupo dispone de una amplia formación postgrado en el área de la enfermería y salud escolar, enfermería pediátrica, promoción de salud y salud pública, investigación, dirección y gestión de centros educativos, bioética, y nuevas tecnologías de la educación, entre otros. Asimismo, el 100% de los expertos ha asistido y participado en cursos, congresos y/o jornadas de carácter nacional o internacional, relacionados con el objeto de estudio.
Actividades de carácter científico	En lo que respecta a aquellas actividades de carácter científico realizadas a lo largo de su carrera profesional en relación con la temática de promoción de salud y/o entorno escolar, el 42,9% de los participantes ha realizado publicaciones en revistas científicas, y el 64,3% ha participado en otras publicaciones, tales como libros, boletines informativos, periódicos, entre otros. Por último, casi la mitad del grupo (42,9%) ha participado en comités, sociedades científicas, grupos de investigación, y el 35,7% del grupo ha recibido, además, alguna mención o premio.
Docencia	Más de la mitad del grupo (57,1%) ha realizado docencia universitaria en pregrado, postgrado y/o Máster; y el 64,3% ha participado en otras actividades relacionadas con la docencia y/o innovación docente.
Experiencia profesional	Amplia experiencia profesional en: <ul style="list-style-type: none"> - Proyectos relacionados con la salud y promoción de la salud, dirigidos a estudiantes y/o formadores. - Ejercicio de enfermería en centros escolares (primaria, secundaria, ciclos formativos, bachillerato, educación especial), así como en el ámbito comunitario y/o pediátrico. - Creación, gestión y/o coordinación de servicios y proyectos de enfermería y salud escolar. - Referencia de programas de salud escolar (Salut i Escola, entre otros). - Coordinación de Servicios Educativos.

5.2. Contacto con los expertos

Una vez seleccionada y aprobada la lista de expertos, se llevó a cabo el contacto a través de medios telemáticos (correo electrónico y dispositivo móvil) principalmente. Con la mayoría de ellos se mantuvo un contacto directo previo que permitió aclarar

dudas, así como conocer su deseo real de participación en el estudio, constituyendo esto, en cierta manera, una garantía contra el abandono.

Siguiendo las recomendaciones de Landeta (2002), a todos ellos se les hizo llegar en la primera ronda una carta de presentación (Anexo 1) en la que se especificaban algunos aspectos generales acerca de la investigación, antes de la obtención de su conformidad para su colaboración en el estudio:

- Información sobre los objetivos del estudio.
- Naturaleza de la metodología utilizada.
- Número de cuestionarios que se han de cumplimentar y tiempo aproximado a destinar a cada uno.
- Duración aproximada del proceso.
- Potencial uso de la información recibida.
- Beneficios que conseguirán con su participación (informe final).

Una vez generado el panel de expertos definitivo, se generaba la duda de si se debía considerar equivalentes las aportaciones de cada miembro, o si sería interesante diferenciarlas en función de su calidad y darles un peso relativo diferente en el resultado final. Según Landeta (2002) la respuesta se encuentra en la *capacidad predictiva* de los individuos seleccionados, basada generalmente en el nivel de conocimientos que poseen⁸⁴. Para garantizar que dicha capacidad fuera similar, se llevó a cabo una evaluación subjetiva positiva en la que se tuvo en cuenta los criterios de selección mencionados anteriormente. Asimismo, se realizó una pregunta autoevaluatora en la primera ronda sobre sus conocimientos sobre la temática. Se utilizó una escala de tipo cualitativo, dándose una valoración de 0 a 5.

“Su conocimiento sobre las competencias de enfermería en promoción de la salud en el entorno escolar es...”

Nulo 0 1 2 3 4 5 Profundo

Para diversos autores, los grupos de expertos con evaluaciones o autoevaluaciones altas muestran un nivel de precisión mayor en los resultados finales que los que tienen

⁸⁴ Los individuos con conocimientos son mejores predictores que los no formados.

evaluaciones o autoevaluaciones más bajas. Y, si bien es cierto que esta vía no ha podido ser confirmada tajantemente en cuanto a la relación positiva significativa, sí ha quedado demostrado que ninguna investigación ha llegado a resultados peores por utilizar esta vía. Además, en situaciones de heterogeneidad de expertos —como es el caso del presente estudio— se considera una forma útil de mejorar los resultados del proceso (Landeta, 2002).

Casi la totalidad de los expertos (85,72%) respondieron marcando un 4 o 5 en la escala, por lo que se constató el elevado dominio del grupo en el tema de estudio, así que se optó por dar el mismo valor de respuesta a todos los participantes para el resultado final.

5.3. Grupo coordinador

Según Landeta (2002) el grupo coordinador debe estar formado por “un reducido equipo de especialistas conocedores del asunto objeto de estudio, a fin de poder interpretar apropiadamente las aportaciones de los expertos encuestados, y conocedores asimismo de la técnica Delphi, para poder llevar a cabo una correcta aplicación de la misma” (p.53). El número de integrantes es variable, siendo recomendado de dos a cinco personas.

Varela-Ruiz et al. (2012) refiere que el éxito y la obtención del máximo provecho de este método radican en la acertada realización de las múltiples funciones de este grupo coordinador, así como de la labor del grupo de expertos. En este caso, ha estado constituido por la investigadora principal y los dos directores de la investigación.

Las funciones dentro del grupo coordinador han quedado distribuidas de la siguiente manera:

- Investigadora principal: reclutamiento de expertos, generación del cronograma de acción, favorecer la participación de los expertos y *feedback*, analizar las respuestas de las rondas, preparación y diseño de los cuestionarios, retroalimentación oportuna.
- Directores de la tesis: supervisión del proceso, dando su aprobación o bien proponiendo medidas correctoras —cuando ha sido preciso— al protocolo de

trabajo establecido (criterios de selección de los participantes, listado definitivo de expertos, calendario de actuación, contenido de los cuestionarios, análisis de las respuestas, medios técnicos a utilizar y diseño del informe final).

5.4. Características del proceso

Para aplicar el método, se siguió la propuesta de procedimiento de aplicación planteada por Landeta (2002) con algunas adaptaciones. Las características del proceso se describen a continuación.

5.4.1. Número de etapas

Un primer elemento que se tuvo en cuenta fue el relacionado con el número de etapas o veces en que se envía a los expertos las respuestas dadas por ellos mismos. En lo que se refiere a esta cuestión, se aprecia una falta de acuerdo entre los investigadores. Powell (2003) señala que un procedimiento clásico se compone de tres etapas. En cambio, para Garavalia & Gredler (2004) su implementación requiere de cuatro etapas (citado en Yañez & Cuadra, 2008, p.12). No obstante, lo que sí parece estar claro es que el propósito de presentar en varias ocasiones las respuestas de los expertos, es proporcionar una oportunidad a los participantes para reaccionar a las afirmaciones de los otros expertos y para repensar sus evaluaciones originales a la luz de los datos generados en el grupo (Yañez & Cuadra, 2008).

Desde esta perspectiva, el desarrollo de la presente investigación quedó establecido en tres rondas. A través de éstas, los expertos tuvieron la posibilidad de reflexionar y valorar su opinión, teniendo en cuenta los planteamientos de otros expertos, logrando alcanzar así un consenso.

5.4.2. Formulación de las preguntas

Según Landeta (2002) uno de los elementos esenciales de la técnica Delphi por su influencia en un resultado final satisfactorio, es la formulación de las preguntas. Por este

motivo se puso especial énfasis en que fueran claras y concisas, para evitar errores de entendimiento y que no condicionaran en absoluto la respuesta de los expertos. Se procuró no incluir demasiadas preguntas para no correr el riesgo de abandono del experto o de respuestas superficiales. También se tuvo en cuenta su extensión, intentando que no fueran demasiado cortas ni demasiado largas, siendo la extensión media recomendable de 25 palabras aproximadamente. Según este autor, cuanto mayor es el dominio que poseen los expertos sobre el tema de estudio, y menor el número de palabras que se utilizan en las preguntas formuladas, más alta es también la aportación efectiva y mayor es el consenso conseguido. Se facilitó de esta manera, la interpretación y el procesamiento de las respuestas, permitiendo extraer aquellos ítems objeto de tratamiento.

5.4.3. *Retroalimentación o feedback*

Otra de las características importantes que se tuvo en cuenta para garantizar la efectividad del método, fue la retroalimentación o *feedback*. El Delphi ha sido la primera técnica en utilizarlo con fines previsionales. Es una característica básica del método que está directamente relacionada con los cambios de opinión de los miembros del panel (Landeta, 2002).

La retroalimentación es importante para lograr establecer un nivel de acuerdo entre los expertos. Es el punto de unión y enriquecimiento de los expertos. Permite la circulación de información entre ellos y facilita establecer un lenguaje común (Landeta, 2002; Varela-Ruiz et al., 2012). Según Bonner & Stewart (2013), la iteración con retroalimentación controlada permite que los participantes se mantengan informados acerca de la dirección en la que la opinión colectiva parece dirigirse, y para agregar o cambiar su opinión de forma democrática y representativa.

Cabe mencionar que la retroalimentación en cada etapa del Delphi estimula la generación de nuevas ideas en los participantes y, por ende, puede resultar estimulante y productivo (Yáñez & Cuadra, 2008). Asimismo, mejora la calidad del producto final, no solo por el vínculo establecido entre investigador y grupo participante, garantizando el flujo de la información, sino porque gracias a esta retroalimentación, los expertos tienen a su abasto información que antes del proceso se encuentra solo en conocimiento de

uno o varios de los miembros del grupo (Varela-Ruiz et al., 2012). Así, la calidad del resultado está directamente relacionada con la forma en que se realice y promueva este *feedback* (Landeta, 2002).

Por estos motivos, se consideró ésta una característica básica en todas las etapas de aplicación del método, y se mantuvo un *feedback* cualitativo tal y como recomienda Landeta (2002), controlado en cada ronda, devolviendo a los expertos participantes un análisis de las respuestas, destacando aquellas aportaciones más significativas, así como las posturas discordantes y otra información solicitada por ellos. Además, tal y como expone el autor, se pudo comprobar cómo a medida que iba avanzando en las etapas, el *feedback* se convertía en una actividad más compleja, ya que requería de mayor capacidad de interpretación de las opiniones de los panelistas y mayor pericia para revertir el máximo de información por ellos proporcionada, libre de repeticiones, impertinencias y deficiencias de expresión, y actuando con tacto para que ningún experto se sintiera ofendido por no ser consideradas en la retroalimentación alguna de sus aportaciones.

Para la primera ronda se prescindió del *feedback* cuantitativo, puesto que suministrar información sobre la respuesta de grupo a modo de estadística, es decir, una tendencia central, podía contribuir a la confusión y realmente no se consideró que aportaba nada sustancial a la investigación. Además, en esta primera ronda no se pretendía alcanzar un consenso, sino que lo primordial era la calidad de las respuestas, puesto que se realizaron dos preguntas abiertas. En este sentido, acompañando al informe de seguimiento (Anexo 6), se les envió un reporte numérico que recogía una relación de los resultados de grupo en cuanto a las unidades de significado codificadas para cada categoría, según la importancia concedida por el grupo. Esto permitió que los expertos conocieran las dimensiones o campos competenciales en los que se agruparon sus respuestas y que a su vez daban luz y forma al fenómeno estudiado.

Por otro lado, en la segunda ronda —de respuesta cerrada—, además del reporte cualitativo, también se les informó sobre la respuesta individual y de grupo a modo de estadística (Anexo 7), ya que daba la oportunidad a los participantes para ver qué situación tenía su opinión en relación con el resto del grupo (Bonner & Stewart, 2001). Además, según Landeta (2002) el *feedback* cuantitativo es útil y efectivo si se pretende alcanzar una postura final única y consensuada, que es lo que se buscaba en la tercera

ronda. De esta forma, la información de la distribución de las respuestas de grupo se acompañó de las respuestas particulares del experto al que se remitía, a fin de facilitarle la comparación de ambos datos, ya que era probable que no recordara las respuestas que proporcionó con exactitud.

Por último, el *feedback* de la tercera ronda tuvo como objetivo ofrecer un informe a los expertos participantes sobre las conclusiones más importantes extraídas del análisis llevado a cabo. Además de información cualitativa, tal como se hizo en la segunda ronda, también se les ofreció un reporte detallado sobre la respuesta individual y de grupo a modo de estadística (Anexo 8). Cabe mencionar que el *feedback* se les hizo llegar junto con las preguntas de la siguiente interacción, cuidando el estilo y la presentación y especialmente, la brevedad, a fin de mantener el mayor interés y continuidad posible en el proceso, ya de por sí, bastante prolongado (Landeta, 2002). También se consideró pertinente utilizarlo para ir informando a los expertos de cada momento del proceso de análisis para no perder la comunicación con ellos, ni su interés por la investigación. A través de esta retroalimentación se informaba a los expertos sobre el tiempo aproximado para la recepción del siguiente cuestionario. Asimismo, también se decidió dar respuesta a aquellos expertos que individualmente preguntaban por algún aspecto en concreto, incluyendo en esta retroalimentación información adicional relacionada con el objeto de estudio. Con ello no se pretendió en ningún caso orientar sus respuestas en una dirección predeterminada, sino activar las potencialidades de los expertos con respecto al aspecto preguntado y por el que se interesaban.

5.4.4. Anonimato

Por último, otro de los elementos que se aseguró durante todo el proceso, fue el anonimato. Éste alienta a los encuestados para dar opiniones de forma abierta y honesta, sin temor a la crítica (Bonner & Stewart, 2001). Para Keeney et al. (2001) el anonimato garantiza que cada una de las respuestas tenga el mismo valor e igual importancia en la valoración de ideas, al ser dadas independientemente de las opiniones de otros expertos. Además, la promesa de anonimato facilita que los participantes se muestren abiertos y honestos para expresar sus puntos de vista, al no sentirse

presionados psicológicamente por el grupo. Para Garavalia & Gredler (2004), se evita la influencia excesiva de la persuasión de quienes hablan demasiado o que ejerza influencia quienes ostenten autoridad (citado en Yañez & Cuadra, 2008, p.11).

En este sentido, las cartas formales de participación en el estudio se enviaron a través del mail de forma individual para cada experto seleccionado. Asimismo, nunca se dio información sobre la identidad de los expertos en cuanto a las opiniones aportadas, y tampoco se fomentó nunca una participación directa entre los expertos involucrados, por lo que ningún miembro conocía a quién correspondía cada respuesta en particular. Con esto, se pretendía evitar las influencias de posibles miembros dominantes del grupo o la inhibición de algún participante (Varela-Ruiz et al., 2012). No obstante, cabe exponer como limitación en este punto, que es posible que los integrantes del panel de expertos se conocieran entre ellos, lo que les hacía, por consiguiente, conocedores de su participación en el mismo estudio, por lo que el anonimato no se ha podido, en este caso, asegurar completamente.

En lo que se refiere a la forma de comunicación entre el grupo coordinador y los expertos, se optó por utilizar el correo electrónico. Este medio permitió una comunicación más rápida y efectiva con todos los miembros del grupo y manejar la información de forma más cómoda.

5.5. Etapas del proceso

Como ya se ha especificado anteriormente, el proceso completo estuvo conformado por tres rondas, tal y como se ilustra en la siguiente figura (Fig. 5).

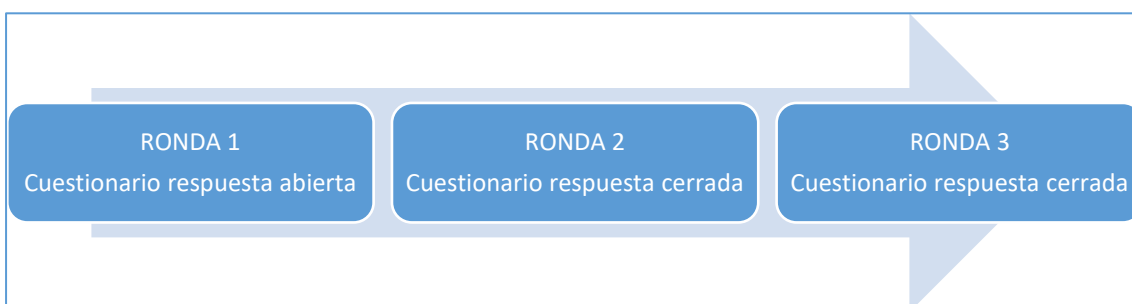


Fig. 5. Etapas del proceso Delphi

El envío de los cuestionarios se llevó a cabo entre nov-2016 y jun-2017 a través de la plataforma “Online Encuesta” (ENUVO). De las numerosas herramientas que brindan la posibilidad de realizar encuestas online, se optó por esta interfaz por diferentes motivos. En primer lugar, la herramienta ofrece la posibilidad de generar una cuenta gratuita para estudiantes universitarios, ofreciendo, además, numerosas funcionalidades en esta versión, sin contratos y con posibilidad de renovación automática.

En lo que se refiere al diseño del cuestionario, la herramienta ofrecía alta flexibilidad para el paquete de estudiantes con una gran variedad de tipos de preguntas de secuencia lógica. Ha permitido una distribución cómoda por páginas de las diferentes partes del cuestionario. Asimismo, se pudo adecuar sin problemas el formato de fondo de la encuesta, ajustándolo visualmente a las necesidades de la misma, permitiendo agregar incluso el logotipo de la UB.

Otra de las grandes ventajas de la plataforma fue la posibilidad que tenían los participantes de interrumpir la encuesta y reanudarla más tarde. Aunque la encuesta estaba calculada para ser contestada en unos 15-20 minutos, la posibilidad de interrumpirla en cualquier momento permitió una mejor gestión del tiempo y asimilación de las preguntas a los expertos. Esto también constituyó una forma de evitar el abandono de los participantes ante la posibilidad de no disponer de tiempo suficiente para rellenar la encuesta de una sola vez. Igualmente, la interfaz permitía dejar visible una barra de progreso, que permitía al experto saber en qué momento de la encuesta se encontraba y hacerse una idea del tiempo restante para acabarla.

Por otro lado, ofrecía un tratamiento de los datos sencillo y eficaz, permitiendo descargar los resultados en formato Microsoft Excel™, CSV y PDF, sin tener que contratar un plan adicional, además de ofrecer un soporte en línea gratuito por si surgía alguna duda. Asimismo, permitió ir evaluando en tiempo real de forma automática los datos que se iban obteniendo.

La forma de compartir el cuestionario fue fácil y personal, ya que se creó de forma automática una dirección URL de acceso que se compartió con los participantes a través del correo electrónico de forma individualizada; esto permitió generar un grupo cerrado de participantes.

En lo que respecta a la seguridad, la plataforma posee los certificados SSL/HTTPS que permiten cifrar los datos que se envían para garantizar la confidencialidad. Igualmente, sólo se pedía a los participantes que dejaran plasmada las iniciales de su nombre y primer apellido, por lo que no tuvieron que registrar ningún dato de su identidad personal en la encuesta. Asimismo, la interfaz disponía de medidas de control para impedir participantes múltiples, posibilitando una única participación por enlace enviado (bloqueo del identificador de sesión del navegador de cada participante). De esta forma, si uno de los panelistas deseaba volver a rellenar la encuesta una vez concluida y enviada, únicamente la investigadora principal podía reabrir dicha participación.

Por cada ronda, antes de enviar el cuestionario, y con el fin de verificar la claridad de las preguntas, fue preciso hacer un piloto con un grupo de terceros, ajenos a la investigación. A este grupo se le envió el cuestionario en dos ocasiones, hasta que no propusieron más cambios. Una vez realizadas las modificaciones de estructura, formato y texto pertinentes, se procedió al envío del cuestionario definitivo al grupo de participantes.

Cabe mencionar que se dedicó una página introductoria, en la cual se aportaban las instrucciones para rellenar el cuestionario, así como el tiempo que requería; y una página final, en la que se informaba a cada experto de que sus respuestas serían procesadas a través de un análisis comparado con las del resto del grupo de participantes y con la información extraída del marco teórico. También se informó de que, una vez elaborado el informe pertinente, los resultados le serían devueltos junto con el siguiente cuestionario (en la tercera y última ronda se les informaba de que recibirían el informe final una vez concluido el análisis). A continuación, se especifica con mayor detalle el contenido del cuestionario en cada ronda.

5.5.1. Primera ronda

El primer cuestionario (Anexo 9) constó de dos partes bien diferenciadas y estructuradas:

- La primera parte sirvió para concretar el perfil del grupo de expertos: académico, científico y profesional. Para ello se realizaron preguntas de respuesta cerrada y abierta sobre su formación académica (titulación); actividades de carácter

científicas relacionadas con la temática de promoción de salud y/o entorno escolar (asistencia a cursos, congresos, publicaciones, docencia, premios, entre otras); y sobre su experiencia profesional. También se realizó una pregunta autoevaluativa, con objeto de alcanzar una determinación más cuidadosa del grado de conocimiento de los participantes sobre el tema de estudio.

- En la segunda parte del cuestionario se elaboraron preguntas sobre el objeto de estudio. En este caso, y para esta primera ronda, se optó por dos preguntas abiertas para conocer la opinión abierta de los expertos. Se buscaba que los propios participantes ayudasen a proporcionar los ítems sobre los que trabajar en sucesivas rondas. Las dos cuestiones referidas fueron:

Pregunta 1. Defina lo que en su opinión es un profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar.

Pregunta 2. ¿Cuáles cree que son las competencias pedagógicas necesarias del profesional de enfermería para llevar a cabo la promoción de la salud en el entorno escolar?

**Entendiendo por competencias pedagógicas los conocimientos, habilidades y actitudes para intervenir en la formación integral del individuo.*

A partir de aquí se dio opción para escribir abiertamente lo que cada experto considerase oportuno sin límite de caracteres, teniendo la posibilidad de interrumpir la encuesta y reanudarla cuando lo deseara en el mismo lugar que lo dejó dentro del plazo marcado, que inicialmente fue de dos semanas. Cabe decir que la totalidad de los expertos que aceptó a participar respondió a esta primera ronda, no obstante, fue preciso alargar la fecha de cierre del cuestionario dos semanas más y establecer una comunicación individualizada con algunos de los expertos a modo de recordatorio.

A través de la primera ronda, se llevó a cabo una comparación sucesiva y tabulación de los datos obtenidos por el grupo de expertos, con la información previa analizada en el marco teórico y con otros documentos relevantes de la literatura pedagógica; tras lo cual, se introdujeron adaptaciones y se consiguió generar un conjunto preliminar de rasgos definitorios y de caracterización del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE), así como de las competencias que éste debe cumplir

para lograr que su intervención sea efectiva, distribuidas éstas en nueve categorías competenciales.

5.5.2. Segunda ronda

Sin duda, de conjunto de rasgos definitorios del PEPSEE y sus competencias pedagógicas determinadas en la primera ronda, supuso el principal reactivo para la segunda ronda. Así, para elaborar el segundo cuestionario (Anexo 10) se continuó con la misma línea del primero, quedando distribuidas las preguntas en dos partes:

- La primera, referente a la definición del PEPSEE, sometiendo a la valoración de los participantes los diferentes elementos definitorios de éste en un primer bloque de preguntas.
- Y la segunda, referente a las competencias pedagógicas que éste debe poseer para llevar a cabo tal acción. Se optó por preguntar sobre elementos incluidos en las nueve categorías competenciales preestablecidas en la primera ronda, quedando distribuida esta parte en nueve bloques.

Se utilizó principalmente una tipología de preguntas valuativas, con objeto de integrar de forma numérica y objetiva las respuestas. Se escogió esta forma de actuar por presentar dos ventajas. Una, porque el número de ítems era elevado y se requería de una manera fácil y práctica para sintetizar y clasificar la información. Y otra, porque los valores asignados a cada ítem hacían que esta clasificación transmitiese más información sobre el juicio mental del experto. Con esta modalidad de preguntas no sólo se consiguió una jerarquización ordenada de los ítems preguntados –atendiendo a la puntuación dada–, sino que los valores asignados a cada uno de éstos aportaron una mayor información sobre la opinión experta (Landeta, 2002). Así, en esta segunda consulta se solicitó a los expertos una valoración de los ítems, dando puntuaciones de acuerdo con una escala cualitativa definida tipo *Likert*, en la que 0 es “NS/NC”; 1 es “Nada relevante”; 2 es “Poco relevante”; 3 es “Relevante”; 4 es “Bastante relevante”; y 5 corresponde a “Muy relevante”.

Igualmente, también se incorporó en cada sección de la encuesta, una pregunta de respuesta abierta: “¿añadiría alguna característica u observación?”, dando opción a los

participantes a ofrecer su opinión, o añadir alguna cuestión sobre el bloque de preguntas referido. Con ello se buscó obtener resultados más justos dejando la puerta abierta a los expertos a dar su explicación sobre los juicios realizados, o bien plantear nuevos ítems o discrepancias (Landeta, 2002). Autores como Best (1974); Novakowski y Wellar (2008), apuntan que los estudios Delphi en los que los expertos dan sus razonamientos y argumentaciones son significativamente más precisos (citado en López-Gómez, 2018, p.26).

Por último, con objeto de garantizar la validez de la interpretación de las respuestas de los expertos a la primera ronda, y conocer si realmente se había expuesto en la segunda consulta lo que los expertos habían querido expresar en la primera, se añadió una pregunta en la que se solicitaba si dichas *“características y/o elementos reflejaban correctamente su opinión en la primera ronda”*. Las puntuaciones quedaron resueltas de acuerdo con una nueva escala tipo *Likert*, también de cinco columnas, distribuidas de la siguiente manera: 1 corresponde a “Totalmente en desacuerdo”; 2 es “En desacuerdo”; 3 es “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”; 4 es “De acuerdo”; y 5 corresponde a “Totalmente de acuerdo”.

Las respuestas individuales obtenidas de los participantes fueron integradas en una estimación grupal, que después fue utilizada para la retroalimentación como resultado del proceso de grupo llevado a cabo. La forma en la que se realizó la integración de las opiniones individuales vino condicionada, en gran medida, por la forma en la que se solicitó el juicio. Dado que lo que se pidió a los expertos fue una valoración de los ítems, se utilizaron en este caso medidas de tendencia central y de dispersión (Landeta, 2002).

Esta segunda ronda de preguntas permitió la ordenación y alineamiento de las características definitorias del PEPSEE, acercándonos con ello a una definición real de esta figura; y una ordenación de las competencias más valoradas de cada categoría competencial, obteniendo con ello un segundo listado más concreto.

5.5.3. Tercera ronda

El examen cualitativo y cuantitativo de las rondas anteriores permitió obtener una información más refinada y detallada que resultó de ayuda para la constitución de los

ítems definitivos en esta tercera ronda (Anexo 11), facilitando esto la centralización de la opinión experta para la obtención del máximo grado de consenso alcanzable.

Dada la relación de ítems extraídos de la anterior iteración, se pidió a los expertos una nueva valuación siguiendo el criterio de su importancia, quedando distribuido el cuestionario —mayormente de respuesta cerrada— en idénticas partes que en la ronda precedente: la primera parte dedicada a la definición del PEPSEE, sometiendo de nuevo a valoración los diferentes elementos definitorios de éste; y la segunda parte, centrada en las nueve categorías competenciales preestablecidas. Las preguntas se realizaron con arreglo a una escala definida tipo Likert en la cual se pedía al experto valorar la relevancia de cada ítem: 0 (NS/NC)*; 1 (nada relevante); 2 (poco relevante); 3 (relevante); 4 (bastante relevante); 5 (muy relevante).

A su vez, para ambos bloques del cuestionario, se ofreció la posibilidad al experto de incluir de forma abierta otros ítems y valorarlos también por su importancia: *¿Añadiría algún rasgo más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta)*. También se mantuvo el apartado de “*Observaciones*”, lo que permitió abarcar todas aquellas sugerencias expertas útiles para la concreción de la definición del PEPSEE y los elementos competenciales de éste, especialmente para aquellos ítems en los que surgieron más discrepancias, resistiéndose el grupo a llegar al consenso.

A partir de aquí, una vez fijado el nivel de acuerdo en cuanto a la relevancia de los ítems y el grado de convergencia estimado para el consenso, llevándose a cabo el análisis pertinente, se dio por terminado el proceso.

5.6. Tratamiento del Delphi. Presentación y análisis de los datos

Hubo diferentes momentos de análisis en función de la tipología de cuestionarios que se aplicaron para cada ronda, combinándose el análisis de contenido con el análisis estadístico descriptivo. Esto ayudó a comprender la estructura de los datos, permitiendo

* Esta opción de NS/NC no se ha contabilizado en el cálculo estadístico.

describir la situación analizada y detectar patrones generales, lo que facilitó la toma de decisiones y la extracción de conclusiones (Hernández, 2012).

Para facilitar el procesamiento de los datos se utilizaron sistemas informáticos de tipo general y otros *softwares* diseñados y específicos para el análisis cualitativo. Así, para el manejo de los numerosos códigos cualitativos que se fueron generando en la primera ronda se utilizó el programa específico computacional ATLAS-Ti. Ha sido clasificado como un programa constructor de teoría, basado en la codificación (Valles, 1997). Se escogió este software, ya que está estructurado de acuerdo con el potencial multimedia de Windows, y permite trabajar con una gran variedad de información de diferentes orígenes, pudiendo ser categorizada ésta en su totalidad o en sus partes más importantes. Además, permitió la cómoda estructuración de los hallazgos (Varguillas, 2006). El acceso a dicho paquete ofrecía asimismo un acceso económico para la condición de estudiante de la Universidad de Barcelona (UB). A través de ATLAS-ti fue posible la conversión del texto en formato cuantificable y tratable con técnicas de tipo estadístico cuando resultó necesario. Pero especialmente, fue de gran ayuda en la comprensión de los documentos y como sistema organizador, permitiendo marcar fragmentos de texto, codificarlos y recodificarlos, construyendo así las categorías y subcategorías de análisis. Permitted también el registro de ideas emergentes en el proceso de análisis, así como la búsqueda y recuperación en pantalla de los fragmentos codificados para proceder así a su inspección conjunta, a través de la confección de redes y esquemas visuales de los datos. A partir de aquí se estructuraron los hallazgos, y se redactaron los resultados.

Por otro lado, para el manejo de los datos cuantitativos generados concretamente en la segunda y tercera ronda se utilizó el programa SPSS Statistics 24. Este procedimiento facilitó en gran medida el análisis a través de técnicas estadísticas básicas —utilizándose medidas de tendencia central y de dispersión—, así como la obtención de reportes descriptivos de los resultados. El acceso a este software se realizó a través de la plataforma Network Connect que permitió el acceso remoto a recursos internos de la UB, habiendo obtenido previamente una licencia portátil del servicio de informática de la misma universidad para trabajar con SPSS fuera de la red interna.

En lo que se refiere al paquete informático general, se utilizó el procesador de textos Microsoft Word y la hoja de cálculo Microsoft Excel. Estos programas informáticos fueron

de gran utilidad para la estructuración y ordenación inicial de los datos. Antes de ser transferidas al programa ATLAS-Ti, las transcripciones de los datos cualitativos del cuestionario Delphi se realizaron inicialmente en formato Word 2016. Asimismo, los datos cuantitativos de la segunda y tercera ronda del Delphi fueron tratados primeramente en Excel 2016, ya que este software permitía el volcado directo desde la plataforma utilizada por los participantes para rellenar los cuestionarios (Online Encuesta), y posteriormente fueron transferidos al SPSS 24 para finalizar el análisis.

CAPÍTULO 6. TÉCNICA ENTREVISTA

En este capítulo se describen las etapas de la elaboración y desarrollo de la entrevista.

Primeramente, se lleva a cabo la descripción del perfil de los informantes clave. En una siguiente fase, la formulación y secuenciación lógica de preguntas y guion definitivo. En un siguiente apartado se describe el proceso de la entrevista y, por último, se profundiza en el tratamiento y análisis de los datos obtenidos.

6.1. Sujetos entrevistados

Según Corbetta (2003), en la entrevista cualitativa la elección de los sujetos a entrevistar nace más de la exigencia de cubrir una variedad de situaciones sociales de interés para la investigación, que del objetivo de reproducir las características de la población a una escala reducida. No se busca la representatividad estadística, ni la cuantificación de los datos, por lo que tampoco es necesaria la aleatoriedad en la selección de los sujetos a entrevistar. Se escogen los casos no por su presencia en la población, sino por el interés que tienen en la investigación. Siguiendo este razonamiento, los criterios de selección de las personas entrevistadas se concretaron en la siguiente tabla (Tabla 13).

Tabla 13. Criterios de selección de informantes clave. *Elaboración propia.*

Criterios de selección
1. Poseer la titulación enfermería
2. Participar o haber participado en el “Programa Salut i Escola” al menos durante un año.

Optar por este grupo de profesionales fue fruto de una decisión previa que vino determinada tanto por el tema de estudio como el objetivo a conseguir, al considerar este grupo con representatividad sustancial suficiente —por su riqueza de información y la posición que ocupa en relación con el objeto de estudio—, como para cubrir todas las situaciones sociales de interés para la investigación (Corbetta, 2003). Y es que, al fin y al cabo, se buscaba conocer la realidad más cercana de la profesión enfermera en el área escolar de Cataluña y su opinión acerca de cómo las competencias pedagógicas pueden mejorarla. Se podría decir que gran parte de las intervenciones de promoción de salud llevadas a cabo en el entorno escolar catalán quedan supeditadas a la figura de enfermería de Atención Primaria dentro del conocido “Programa Salut i Escola”. Esto ha constituido sin duda, la principal razón por la que se ha seleccionado a este grupo. Después se procedió a combinar estas variables con los criterios aportados por Gorden (1975) para la selección de entrevistados (citado en Valle, 1997, p. 213):

- Aquellos que disponen de la información relevante
- Aquellos más accesibles física y socialmente.

- Aquellos más dispuestos a informar.
- Y aquellos que tenían más capacidad de comunicar la información con precisión (entre los informados, accesibles y dispuestos).

Así pues, se realizó un muestro discrecional y progresivo —de acuerdo con las exigencias referidas— entre los profesionales de enfermería participantes en el “Programa Salut i Escola” que pudieran y estuvieran dispuestos a aportar reflexiones, observaciones y experiencias interesantes para la investigación. Se inició con los profesionales voluntarios y se continuó con un proceso de “bola de nieve” como estrategia de captación. Se obtuvo con ello una clara ventaja, puesto que cada entrevistado aportaba información sobre los otros profesionales que podrían estar interesados en ser entrevistados. Posteriormente se avanzó hacia un muestreo deliberado, en base a las necesidades de información detectadas en los primeros resultados.

Otro de los aspectos a solventar emparejado al de *quiénes* entrevistar, es el de *cuántas* personas entrevistar. Esta decisión fue tomada, en parte, al proyectar el estudio, y en parte, completada durante el trabajo de campo. Para determinar el número de sujetos entrevistados, se siguió el principio de “saturación teórica”. Según Glaser y Strauss (1967), conforme se van viendo casos similares una y otra vez, el investigador adquiere confianza empírica de que una categoría está saturada, y éste es el criterio principal para detener el muestreo (citado en Valles, 1997, p.214). Desde esta perspectiva, para la presente investigación se llevó a cabo un proceso simultáneo de colecta de la información y análisis de la misma hasta conseguir producir el máximo de información. El número de casos vino determinado por la información que se iba obteniendo, tomándose la decisión de no realizar más entrevistas, cuando la información proveniente de nuevos entrevistados no aportó más conocimientos sobre el tema del estudio (López & Deslauriers, 2011). El grupo finalmente quedó conformado por cinco enfermeras referentes del mencionado Programa con amplia experiencia dentro del Ámbito Barcelonés Norte y Maresme del Instituto Catalán de la Salud. Estas personas seleccionadas constituyeron fuente de grandes volúmenes de información y proporcionaron un sentido de historia, pues en cierto modo fueron observadoras participantes con poder en zonas inaccesibles para la investigadora (Woods, 1989).

El perfil de las informantes que finalmente participaron en el estudio se describe en la siguiente tabla (Tabla 14).

Tabla 14. Caracterización de las informantes que participaron en la entrevista. Elaboración propia.

Perfil	Descripción
Formación académica y actividades de carácter científico	<p>Las informantes son tituladas en enfermería (diploma y/o grado). Una de ellas es licenciada en antropología.</p> <p>Todas disponen de formación postgrado en el área de la enfermería pediátrica y/o comunitaria, promoción de salud en entornos escolares y salud pública, entre otros. Asimismo, todas han asistido y participado en cursos, congresos y/o jornadas de carácter nacional o internacional, relacionados con el objeto de estudio.</p> <p>Por último, en lo que se refiere a las actividades de carácter científico, todas han realizado alguna publicación y/o entrevista en revistas científicas, boletines informativos, periódicos, congresos, blogs, entre otros. Y la mayoría ha participado en comités, sociedades científicas, grupos de investigación y/o estudios, habiendo recibido, además, alguna mención o premio.</p>
Experiencia profesional	<p>Amplia experiencia profesional en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de enfermería dentro del Programa Salut i Escola en centros escolares (primaria y secundaria), así como en el ámbito comunitario y/o pediátrico del área metropolitana "Nord i Maresme". - Referencias en proyectos y coordinación de servicios relacionados con la salud y promoción de la salud escolar. - Actividades de docencia pregrado, postgrado y formación continuada.

6.2. Guion de entrevista

Para la elaboración del guion se han seguido las orientaciones de Valles (1997), quien sugiere que debe contener los temas y subtemas a tratar de acuerdo con los objetivos de la investigación, sin hacer formulaciones textuales de pregunta ni opciones de respuesta. Desde esta perspectiva, simplemente teniendo en cuenta los objetivos que pretendían cubrirse, y a partir del marco teórico, se llevó a cabo un primer listado de asuntos sobre el problema a tratar. Una vez fueron explicitados los temas, se ordenaron y estructuraron de forma lógica en subtemas y éstos se convirtieron en preguntas más concretas.

El guion quedó distribuido de esta manera en dos grandes secciones, una primera parte de preguntas introductorias, que aportan información contextual; y una segunda parte de preguntas desglosadas en tres categorías. Asimismo, por cada subtema se prepararon diferentes alternativas y formulaciones diversas a modo de apoyo, con objeto de no romper el discurso en función de la dinámica de la entrevista y las respuestas del entrevistado.

Los bloques temáticos, surgieron de los aparentes indicadores de garantía de éxito para la implementación de la promoción y educación para la salud en el entorno escolar determinados en el marco teórico de esta tesis. Y los subtemas se determinaron a partir de los elementos desarrollados de dichos indicadores. A continuación, se detalla en la siguiente tabla un resumen acerca de los temas y subtemas que lo conformaron, de acuerdo con los objetivos de la investigación (Tabla 15). El guion completo puede leerse en el Anexo 12.

Tabla 15. Bloques temáticos y subtemas para el guion de entrevista. *Elaboración propia.*

Sección 1	Preguntas introductorias	
Sección 2	Bloque temático	Subtemas
	1. Planificación adecuada y asignación considerable en el plan de estudios.	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntad política. - Legislación y normativa educativa. - Planificación educativa. - Coordinación de equipo. - Implicación del profesional de enfermería.
	2. Alianza estratégicas intersectorial salud-educación y apoyo externo de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboración comunitaria - Colaboración con la familia. - Colaboración con el alumnado. - Colaboración con el profesorado. - Colaboración ámbito sanitario-educativo. - Implicación del profesional de enfermería.
3. Profesionales formados para la acción promotora de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Formación recibida/necesidades formativas. - Responsabilidad en su formación - Metodología de enseñanza utilizada. - Implicación del profesional de enfermería. 	

En lo que respecta a la tipología de las preguntas realizadas, éstas han sido tanto de carácter abierto como cerrado. A través de las preguntas abiertas se pretendía

conseguir un cuadro conceptual flexible y lo más completo posible, que permitiese el razonamiento libre y espontáneo de los entrevistados, con objeto de obtener una información más profunda y detallada, evitando las preconcepciones de las preguntas cerradas (López & Deslauriers, 2011).

Fueron necesarios diversos borradores del guion de entrevista, así como un pilotaje previo realizado a personas externas a la investigación, hasta alcanzar el guion definitivo. Igualmente, se tuvieron presentes las consideraciones de Weiss (1994), quien afirmaba que “los borradores del guion de entrevista, incluso probados, debiera vérselos como provisionales y susceptibles de cambio conforme se va aprendiendo más” (citado en Valles, 1997, p.206). Desde esta postura, se permaneció abierto en todo momento a la posibilidad de surgimiento de nuevos temas de interés tanto para el sujeto entrevistado y el desarrollo de la entrevista, como para la investigación en general; aunque no estuvieran previstos de inicio en el guion, y aunque no se utilizaran en otras entrevistas (Corbetta, 2003). Asimismo, el orden de las cuestiones a tratar tampoco estuvo cerrado a cambios, decidiéndose sobre el transcurso de la entrevista el orden de formulación de las preguntas según las circunstancias dadas. A lo largo del proceso se requirió de reformulación del guion, elaborando nuevas preguntas que permitieron conocer perspectivas diferentes.

6.3. Desarrollo de la entrevista

Para la realización de la entrevista y la obtención de la máxima información posible a través de éstas se tuvieron en cuenta diferentes cuestiones. En primer lugar, siendo consciente de que la presentación y primer contacto adquieren especial relevancia para captar la confianza con el entrevistado, se prestó especial atención a este aspecto. Siguiendo las recomendaciones de Valles (1997), se evitó el abordaje directo de la persona, optando por la “bola de nieve” como estrategia de captación, y tomando como intermediarios a los profesionales previamente entrevistados, aunque también se utilizaron las redes sociales. Se trataba de evitar que tanto el contacto como la presentación afectasen negativamente a la comunicación durante la realización de la entrevista. Partiendo desde mi lugar de trabajo como enfermera comunitaria, la presentación como doctoranda fue suficiente para establecer el primer contacto en el

momento preparatorio de la entrevista. Igualmente, se presentó verbalmente y por escrito los objetivos de la investigación, así como las condiciones y requerimientos de su implicación como participantes, subrayando que sus comentarios tendrían un objetivo científico y académico. No se forzó nunca a la cooperación, siendo ésta en todo momento voluntaria. Una vez se obtuvo el consentimiento por escrito de la participante, se procedió a la realización de la entrevista.

Según Gorden (1975) algunas personas se muestran inseguras en determinadas entrevistas, dependiendo de la relación de estatus respecto al entrevistado, que pueden tener un efecto distorsionador en la entrevista (citado en Valles, 1997, p.217). Para evitarlo, tal y como recomienda el autor, se adoptó un rol igualitario frente al entrevistado, que vino facilitado sin duda por mi condición de enfermera, equivalente en circunstancias y estatus a las entrevistadas. Tampoco fui considerada como miembro ajeno extraño al grupo entrevistado. Esto facilitó el flujo de ciertos tipos de información, además, según Mora (2004), el desarrollo de la actividad laboral del investigador en el contexto del estudio aumenta la credibilidad, aspecto importante para asegurar la calidad de la información dada.

Igualmente, para tratar de ganar confianza con las informantes, y, sobre todo, para ser capaz de recoger la información relevante durante el transcurso de la entrevista, se adoptaron diferentes estrategias. Valles (1992), diferencia entre dos clases de tácticas, las que se avanzan en el guion (como complemento o desarrollo de éste), y las que utiliza el entrevistador en el desarrollo de la entrevista. Como avance del guion, se trazó un esquema en el que se anticipaban los modos de abordar el tema central y las cuestiones secundarias. Para ello se creó un listado de preguntas de amplio espectro de inicio y una serie de argumentos y cuestiones que sirvieran para pasar de unos asuntos a otros; o para motivar al entrevistado (citado en Valles, 1997, p.220). Asimismo, se previó que las primeras preguntas fueran más sencillas, introductorias y contextualizadoras, para iniciar la conversación y disolver la tensión y los nervios iniciales del entrevistado, guardando las preguntas más difíciles para cuando se hubiera establecido un diálogo más fluido (Flick, 2007).

Para el desarrollo del guion, siguiendo son las recomendaciones de Valles (1992), se utilizaron las siguientes tácticas:

- Tácticas de silencio, intentando utilizar éste en el momento adecuado, sin excederse, evitando el “silencio embarazoso”.
- Tácticas neutrales, de animación y elaboración, transmitiendo observaciones, asentimientos y gestos que indicaran al entrevistado que se aceptaba lo que iba diciendo, e incluso alentando a que se extendiera sobre algún tema en concreto.
- Tácticas de reafirmación, con la que se intentó obtener información adicional mediante la repetición de expresiones manifestadas por el entrevistado.
- Tácticas de recapitulación, con objeto de obtener información más precisa a través de una elaboración retrospectiva, en la que se invitaba al entrevistado a relatar de nuevo algún aspecto en concreto, ya que, según el autor, hay una tendencia a ofrecer mayor elaboración en el segundo relato.
- Tácticas de aclaración, solicitando al entrevistado, la aclaración sobre algún suceso en concreto, interesante para la investigación.
- Táctica de cambiar de tema, utilizada especialmente para soslayar algún asunto delicado o incómodo para el entrevistado.
- Táctica de la post-entrevista, a modo de conclusión, redefiniendo la situación, se aprovechó para hablar distendidamente de otros aspectos que el entrevistado se había dejado en la entrevista, y para recoger información sobre otros posibles participantes.

Asimismo, durante la realización de la entrevista se mantuvo una actitud flexible, no dominante, mostrando empatía e interés por el entrevistado, mostrando neutralidad (López & Deslauriers, 2011).

Por otro lado, la calidad de la entrevista no sólo depende de las características y roles del entrevistador, sino también del lugar y del momento para realizarla. Gorden (1975) ha señalado que el lugar de la entrevista —al igual que el escenario de una obra—, da soporte a los roles de cada actor (citado en Valles, 1997, p.218). Según este autor, constituyen condiciones de producción que pueden afectar positiva y negativamente a la obtención de información, por tanto, deben de ser considerados como preparativos básicos. Por este motivo, el desarrollo de la entrevista se llevó a cabo de manera individual, sin la presencia de personas que pudieran distraer o inhibir al entrevistado. No obstante, cuando no fue posible tener las condiciones ideales, se intentó al máximo una adaptación a la situación contextual del entrevistado.

Por último, otra de las estrategias utilizadas para asegurar una recogida eficaz de información fue el uso de una grabadora, previo consentimiento de la persona entrevistada. Se optó por este sistema por ser una de las formas más competas de retener la información, lo que permitió un registro exhaustivo y preciso de los argumentos y opiniones. El documento transcrito reproducía el testimonio con absoluta fidelidad a lo que habían expresado los entrevistados, proporcionando la información más amplia posible y respetando el sentido y la lógica del informante (López & Deslauriers, 2011). No obstante, se dio la posibilidad de renunciar a la grabación a todos los entrevistados. En todo caso, se tomaron notas, intentando no perder el ritmo de la conversación ni a la fluidez y espontaneidad del entrevistado, especialmente sobre los sentimientos, impresiones y emociones del investigador en determinados momentos de la entrevista, con la finalidad de tener más elementos para el posterior análisis.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de septiembre y diciembre de 2017. Fueron necesarios diversos borradores del guion de entrevista, así como un pilotaje previo realizado a personas externas a la investigación, hasta alcanzar el guion definitivo. El tiempo medio de cada entrevista fue de 40 a 60 minutos, siendo el total contabilizado de 225 minutos. Dos de ellas rehusaron a ser grabadas por lo que se realizó tomando notas.

6.4. Tratamiento de la entrevista. Presentación y análisis de los datos

Para el estudio de los datos surgidos de las entrevistas se utilizó como método analítico el denominado análisis de contenido. Esto permitió un conocimiento profundo del tema de investigación, así como la comparación cruzada de la información obtenida, a fin de construir una síntesis comprensiva sobre la realidad analizada (Medina, 2005). La organización del contenido de las entrevistas hasta llegar al posterior análisis siguió los siguientes pasos:

Primeramente, se llevó a cabo la transcripción de la información. Este proceso se realizó por la investigadora principal, responsable además de la confidencialidad de los datos obtenidos. Siguiendo los principios de Labrie (1982) se trató en todo momento de que

el documento transcrito fuera fiel a lo que dijeron los interlocutores, al sentido transmitido, sin ambigüedades, y tratando toda la información obtenida con el máximo respeto. Se trataba de presentar una experiencia oral directa (López & Deslauriers, 2011). Asimismo, las notas⁸⁵ realizadas a lo largo de la entrevista sirvieron en gran medida para recordar la conversación y el contexto en el momento de la transcripción, y ayudaron a dar sentido al discurso obtenido.

Seguidamente se procedió a la constitución de los datos (codificación y categorización). La constitución de la información designa el proceso de selección, de simplificación y de transformación de la información bruta. Es esencialmente por un ejercicio sistemático de clasificación de la información, por el cual se transforman los hechos en datos (López & Deslauriers, 2011). Durante esta fase tuvo lugar la fragmentación de la entrevista, la deconstrucción de la información obtenida en sus partes más elementales.

Para llevar a cabo este proceso, se siguieron los pasos propuestos por autores como Valles (1997) y López & Deslauriers (2011). Primeramente, se fueron leyendo las transcripciones de cada entrevista, delimitando aquellos fragmentos textuales interesantes para el objeto de estudio de cada una de las secciones de la misma. Para la fragmentación del texto, se procedió a codificar la información, identificando las unidades de registro, es decir, aquellos enunciados que tenían un sentido completo en ellos mismos y que podían servir para la clasificación posterior. A cada unidad de registro se le asignó un código.

Una vez codificadas y fraccionadas las partes del texto, se llevó a cabo su agrupación en categorías y subcategorías, fusionando párrafos, eliminando los datos redundantes o accesorios, y abriendo subsecciones en los casos en que fue necesario, hasta que quedaron ordenados de manera coherente. Este proceso, conocido por Weiss (1994) como integración local e integración inclusiva, constituyó la base para el análisis e interpretación de la información obtenida. Se partió del guion original de entrevista para constituir las categorías centrales. Fue un proceso flexible, ya que se dejó la puerta abierta a la posibilidad de que surgieran nuevas categorías o subcategorías, o bien tuvieran que modificarse, a medida que se iba avanzando en las entrevistas. Esta decisión vino avalada por autores López & Deslauriers (2011); quienes refieren que a

⁸⁵ Se recogieron notas de tres tipos: metodológicas (procedimientos, problemas encontrados, modificaciones efectuadas, entre otras); teóricas (reflexiones de la investigadora); y descriptivas (aspectos vistos, oídos, impresiones, dudas, entre otras) (López Estrada & Deslauriers, 2011).

medida que se van compilando observaciones y van emergiendo datos de las entrevistas, aparecen también las categorías que acaban de formar el esqueleto del análisis.

A partir de aquí, se llevó a cabo un análisis comparativo y cruzado. Por un lado, interrelacionando los datos hallados en la propia entrevista; y, por otro lado, integrando la información obtenida de la literatura científica y Delphi, con intención de generar una significación a partir las diferentes piezas de datos obtenidos y resumir la complejidad de los casos reales. Para llevar a cabo tal acción se utilizó como herramienta el programa informático ATLAS-Ti (como ya se efectuó en la primera ronda del Delphi), ya que no sólo permite la agrupación y etiquetaje de los conceptos que sintetiza, sino que además facilita el análisis de la información recolectada. Además, tiene una gran utilidad como base de datos e interrelación de variables y permite ingresar todo tipo de información, actualizarla, organizarla, analizarla y presentarla gráficamente, si se desea (Abarca & Ruiz, 2014). Según Varguillas (2006), es una técnica apropiada para la descripción objetiva, sistemática y cualitativa del contenido manifiesto o implícito de una fuente de datos como son las entrevistas. Así, cualquier tipo de información puede ser categorizada en su totalidad o en sus partes más importantes, e ingresada en todo el proceso de estructuración de hallazgos.

PARTE IV. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

CAPÍTULO 7. RESULTADOS DELPHI

En este capítulo se presentan los resultados derivados de la consulta Delphi. Se presentan por separado las tres rondas de los cuestionarios realizados a través de los cuales se ha podido extraer la definición del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE), así como sus competencias pedagógicas para llevar a cabo tal acción con éxito.

7.1. Primera ronda

La primera iteración se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre de 2016. De las 18 personas a las que se envió la invitación para su participación en el estudio, se obtuvieron las respuestas del 82,35%, quedando finalmente 14 participantes, que respondieron a este primer cuestionario, obteniéndose 188 respuestas en total.

Una vez obtenidos los datos, para realizar su procesamiento se ha llevado a cabo su lectura y observación tratando de identificar, en primer lugar, patrones e ideas comunes de los expertos, referidas a las dos preguntas abiertas formuladas y al tema de investigación. A partir de aquí, se ha estructurado la información asignando categorías y subcategorías con objeto de hacerlos más manejables y comprender mejor el sentido general de estos, eliminando la información irrelevante, sin perder la información real. Igualmente, también se ha requerido de la revisión del marco teórico para una mejor conceptualización y amplitud de las categorías, dado que el grupo no ha hecho una descripción explícita de algunos de los elementos. Así, teniendo en cuenta el contexto en el que se han extraído las unidades de significado, se han ido delimitando las propiedades que han modelado y dado forma a cada categoría.

Los criterios de organización utilizados han sido los siguientes: en primer lugar, cuando se ha considerado un segmento de la transcripción relevante, se ha extraído como una unidad de análisis y se le ha agregado a una categoría, y posteriormente se le ha asignado un código (se entiende que los segmentos referidos a un mismo tema fueron introducidos en la misma categoría). A este proceso Strauss (1987) lo denomina codificación abierta, etapa en la cual se trata de dar una denominación común a fragmentos (Osses, Sánchez, & Ibáñez, 2006). Posteriormente, de cada categoría se han ido desplegando las ideas y opiniones de los expertos que, junto con la bibliografía revisada, han ido revelando propiedades, atributos y significados potenciales para la investigación. Estos datos han quedado a su vez, estructurados en subcategorías, a las que también se ha asignado un código. Esta operación ha sido denominada codificación axial por el mismo autor, el cual sostiene que la codificación abierta no únicamente estimula el descubrimiento de categorías, sino también de sus propiedades (Osses et al., 2006).

En lo que se refiere a la codificación, para llevarla a cabo se han utilizado las iniciales de las palabras claves del texto —categorías y subcategorías—, por ser de fácil aplicación a la hora de identificarlas. Asimismo, para distinguir las citas de los expertos, se ha utilizado la inicial “E” junto con un número asignado a cada experto, precedido entre corchetes del número de documento primario de donde se extrajo la cita, y del número que indica el orden en que fue creada la cita para dicho documento, quedando codificado de la siguiente manera:

[1:80] E-7_RE_MPS: cita extraída del documento primario 1; cita con número de orden 80. Experto número 7; Categoría rol Educador; Subcategoría Mediación Pedagógica de Salud.

La ordenación de los expertos se ha realizado según su orden de participación. Es decir, el primer experto en aceptar participar en el cuestionario se consideró como E-1, el segundo como E-2, y así sucesivamente. Cabe mencionar que esta codificación queda permanente para las siguientes rondas, independientemente del orden de participación en éstas.

Para una mayor comprensión de los elementos analizados se han utilizado representaciones extraídas del programa informático, ATLAS-TI, así como tablas resumen de elaboración propia, en las que se ha sintetizado la información generada. Igualmente, una vez obtenida una estructura, ha sido preciso volver en reiteradas ocasiones al texto para asegurar que las aportaciones del grupo han sido correctamente ubicadas en las categorías construidas, de acuerdo con el sentido del mismo texto. Se ha intentado en todo momento destacar lo más valioso de los registros y reflejar fielmente el contenido del documento analizado. Cabe añadir que, hasta la formulación final de categorías y subcategorías se han suprimido y reformulado algunas de éstas en diversas ocasiones.

Se muestra en la siguiente imagen el esquema definitivo de las categorías definidas para esta primera ronda (Fig. 6).

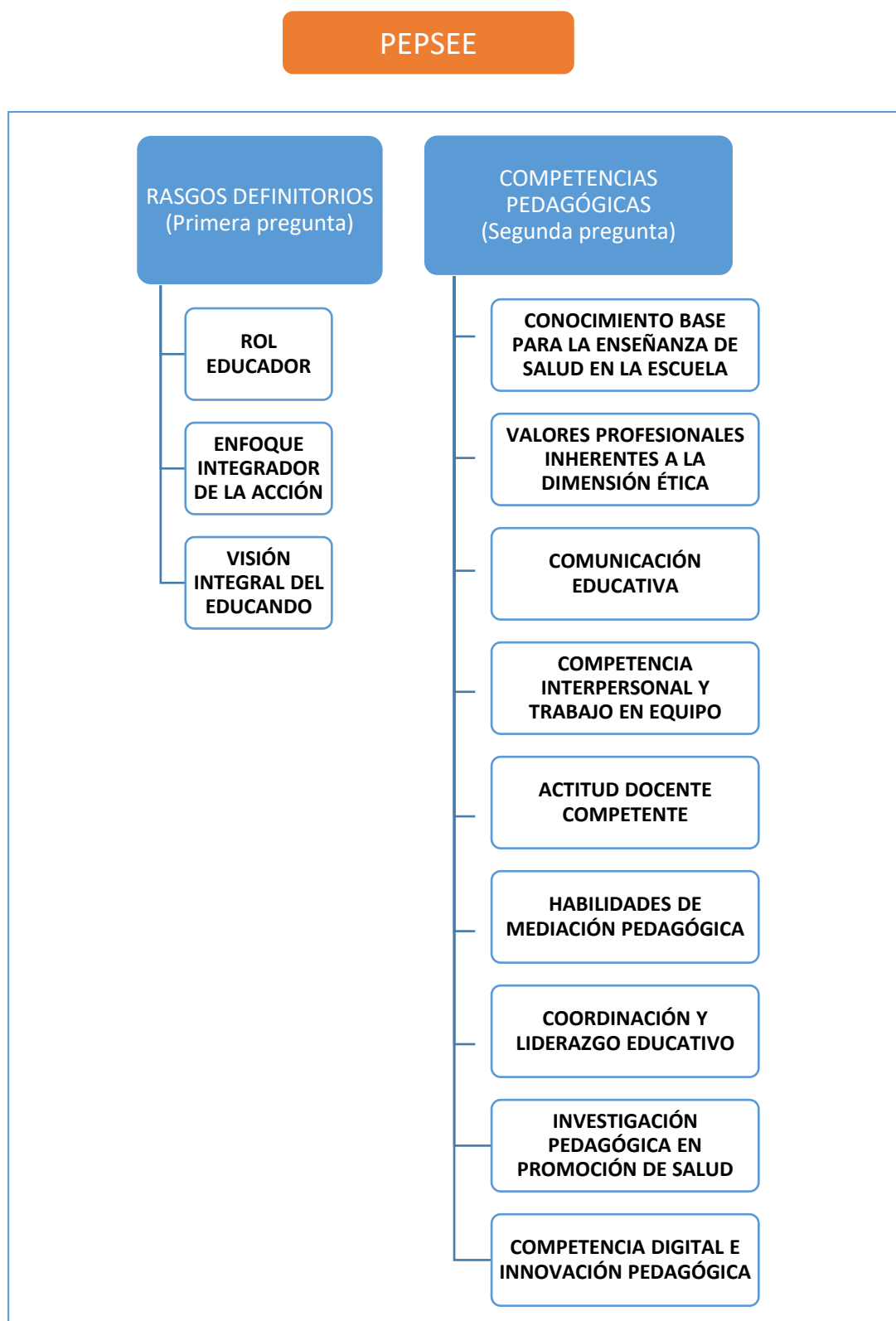


Fig. 6. Resumen de categorías referidas a los rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE.
Elaboración propia

En base a este esquema, se procede a continuación a un análisis categorial más detallado.

7.1.1. Primera pregunta. Rasgos definitorios

En la primera pregunta: *“Defina lo que en su opinión es un profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar”*, se han extraído 42 unidades de significado, a partir de las cuales se obtienen diferentes rasgos definitorios del PEPSEE, quedando organizados en tres categorías: rol educador, enfoque integrador de la acción, visión integral del educando. En la siguiente imagen se muestra el esquema de estas categorías, así como las subcategorías derivadas, a partir de las cuales se ha desarrollado el análisis (Fig. 7).

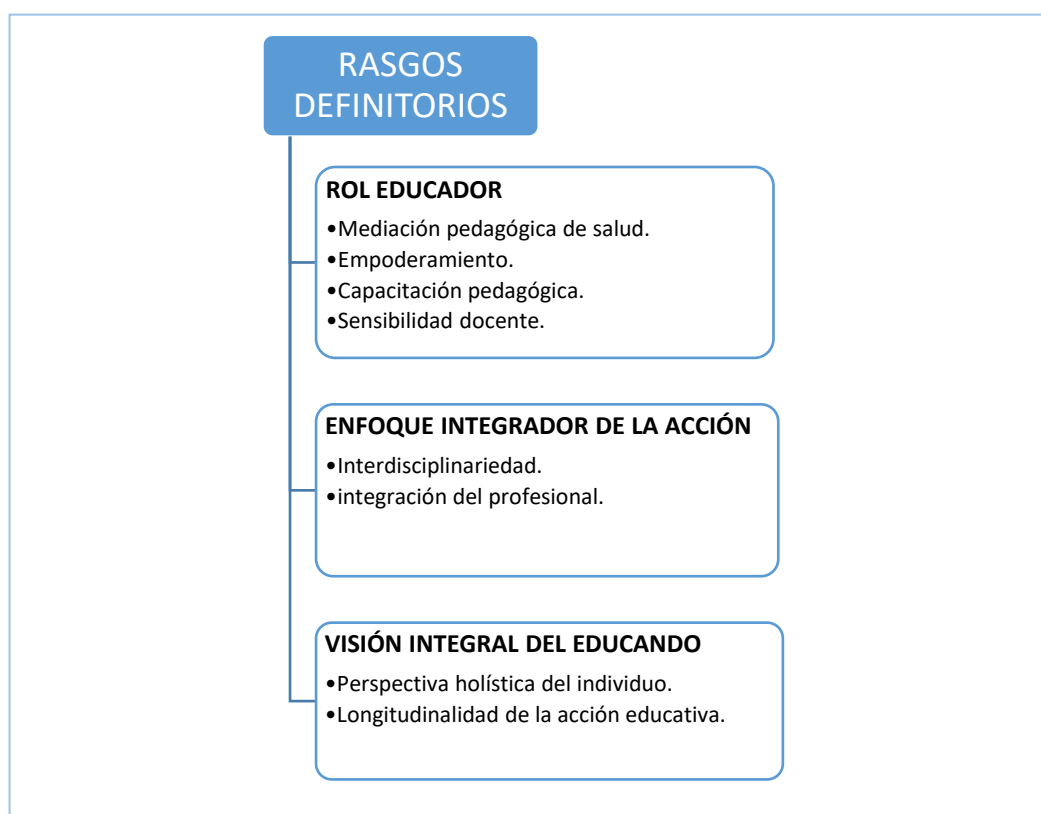


Fig. 7. Categorías y subcategorías sobre los rasgos definitorios del PEPSEE. Elaboración propia

En la siguiente tabla (Tabla 16) se puede observar un reporte de estas categorías ordenadas según la importancia concedida por el grupo. Los totales indican las unidades de significado encontradas por cada categoría.

Tabla 16. *Categorías primera pregunta abierta*

CATEGORÍA	DOCUMENTOS PRIMARIOS P 1: RONDA 1-P1 Totales
ROL EDUCADOR	27
ENFOQUE INTEGRADOR DE LA ACCIÓN	8
VISIÓN INTEGRAL DEL EDUCANDO	7
Totales	42

Fuente: extraída del análisis con ATLAS-Ti.

A la vista de los datos extraídos, se puede afirmar que los elementos que más han destacado los expertos al definir al PEPSEE, han sido los relacionados con el rol educador que éste debe tener, extrayéndose 27 unidades de significado del documento primario. Teniendo en cuenta que la educación para la salud es la principal herramienta de promoción de salud, era de esperar que este aspecto estuviera presente en la consulta a los expertos. Así, la mayoría se han referido a diferentes características y propiedades que esencialmente se desprenden del rol educador —tanto de forma implícita como explícita—, aludiendo especialmente a su concepción como mediador de salud individual y colectiva; a la capacitación pedagógica específica que debe tener; y a su sensibilidad docente, capaz de asentar valores pedagógicos en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Estos elementos han quedado distribuidos en cuatro subcategorías de análisis desarrolladas en la siguiente tabla (Tabla 17).

Tabla 17. Resumen de la categoría y subcategorías de rol educador. Elaboración propia

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
ROL EDUCADOR	Mediación pedagógica de salud	Implica guiar, motivar, orientar en un proceso de aprendizaje con objeto de lograr alcanzar el bienestar en salud.	RE_MPS
	Empoderamiento	Implica que el alumno participe del proceso de enseñanza-aprendizaje y adquiera la responsabilidad de sus propias decisiones, en beneficio propio y de la comunidad. Requiere que el educando se convierta en protagonista en la construcción del conocimiento.	RE_E
	Capacitación pedagógica del profesional	Referido a la formación pedagógica específica. Adquirir ciertos conocimientos y habilidades específicas que permitan desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje eficaces en la escuela, utilizando metodología pedagógica apropiada.	RE_CPP
	Sensibilidad docente	Implica desarrollar valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera, y educar en un proceso de autorrealización mutua entre educador y educando. Es pertinente trascender en la concepción de facilitador, comprometerse con la educación y verse como parte del proceso.	RE_SD

La mediación pedagógica ha sido definida como la experiencia de aprendizaje donde un agente mediador actúa como apoyo y se interpone entre el aprendiz y su entorno para ayudarlo a organizar y a desarrollar su sistema de pensamiento y facilitar así la aplicación de nuevos instrumentos intelectuales a los problemas que se le presenten (Keila & Parra, 2014). Desde esta perspectiva, se podría decir que educar en salud constituye en sí mismo un proceso de mediación entre el individuo y el entorno para que éste desarrolle sus conocimientos, habilidades y actitudes con la finalidad de alcanzar una vida plena y saludable. Implica motivar y guiar en el comportamiento que se debe asumir en los diferentes escenarios y momentos, tomando con responsabilidad la complejidad de las situaciones que se presenten. Este elemento ha sido uno de los más tenidos en cuenta por los expertos consultados, coincidiendo la mayoría de ellos (10 de los 14 expertos) en que la acción del PEPSEE está encaminada a guiar, motivar y orientar al alumno y comunidad educativa en un proceso de aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud: fomentando la participación y estimulando la iniciativa del alumno y/o comunidad escolar para que desarrolle el máximo potencial, bien a través del currículum, o bien de forma transversal; participando en el diagnóstico de necesidades y gestión de recursos; proporcionando contenidos de salud estructurados,

y promoviendo programas de salud, entre otras. Se muestra a continuación, un reporte que refleja la opinión experta sobre este aspecto (Fig. 8).

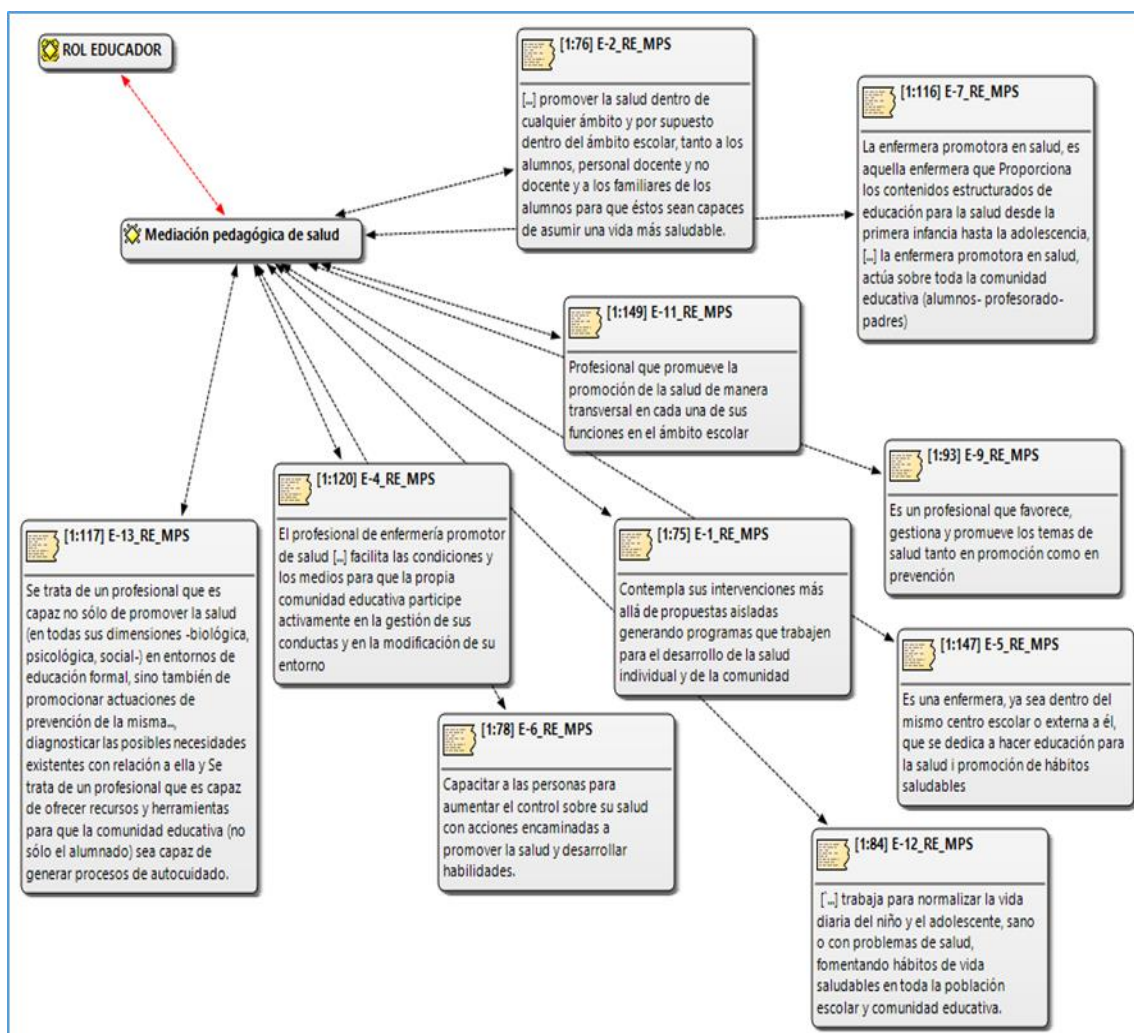


Fig. 8. Resumen de respuestas sobre la mediación pedagógica de salud. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

El papel protagonista del educando ha sido otro de los aspectos destacados dentro de este rol educador, aludido por 7 de los 14 expertos. Esto implica que el individuo participe del proceso y adquiera la responsabilidad de sus propias decisiones, pero no sólo en beneficio individual, sino también en beneficio del resto de la comunidad. Los expertos consultados se han referido a este aspecto, sobre todo, a partir del denominado concepto de empoderamiento tanto de forma implícita como explícita, aludiendo a elementos tales como la responsabilización del alumno y comunidad de su autocuidado,

autogestión de conductas y de la propia salud y entorno. Podríamos decir que el empoderamiento constituye la esencia de la promoción de salud y un objetivo fundamental de la pedagogía en la que el individuo se convierte en protagonista y constructor de su propio aprendizaje. En el siguiente reporte se observan las aportaciones de los expertos sobre este elemento (Fig. 9).

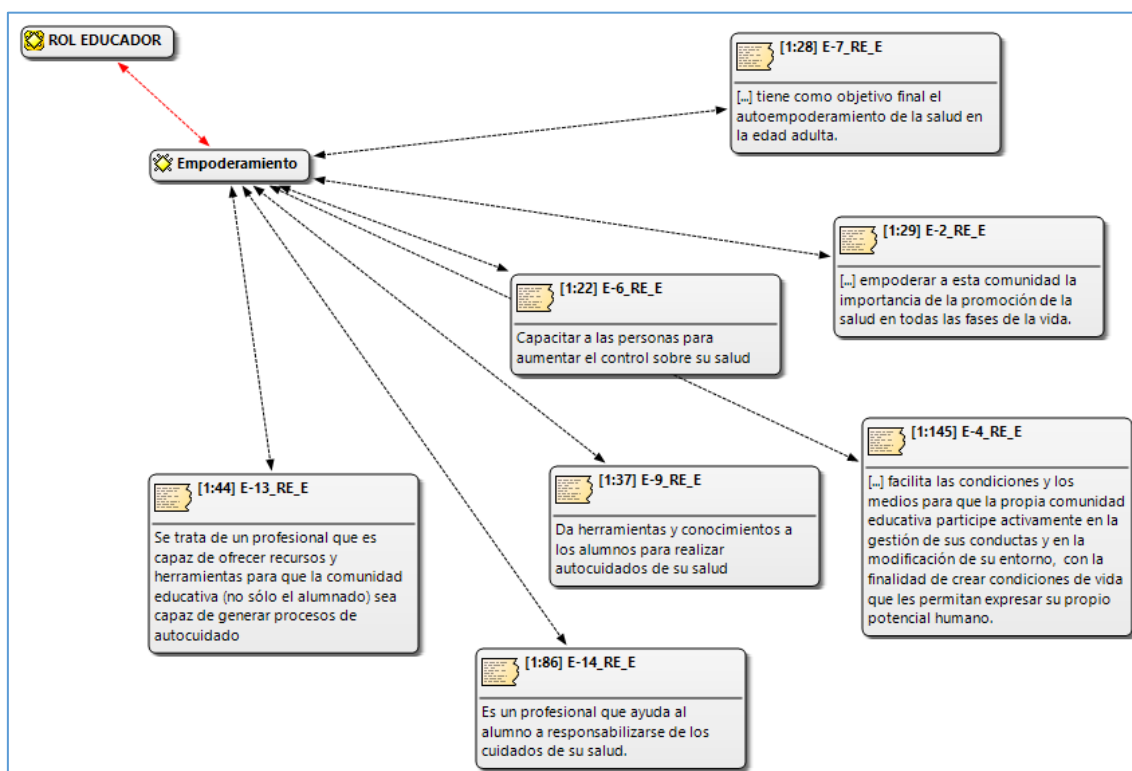


Fig. 9. Resumen de respuestas sobre el empoderamiento. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Por otro lado, la mitad de los expertos consultados consideran necesario poseer una capacitación específica en la rama del saber para llevar a cabo intervenciones de promoción de salud en el entorno escolar. Así, los panelistas aluden a necesidad de poseer no sólo los conocimientos sanitarios, sino también una formación pedagógica específica, es decir, adquirir ciertos conocimientos y habilidades que permitan desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje eficaces, que posibiliten a los educandos indagar en su propia realidad y construir decisiones beneficiosas para su salud. No se trata de informar únicamente y prescribir comportamientos sanitarios, sino que se busca el aprendizaje. Apuntan a la necesidad de conocer y utilizar una

metodología pedagógica apropiada, es decir, planificar el proceso enseñanza-aprendizaje de acuerdo con las necesidades y realidad escolar; y dominar estrategias y técnicas didácticas basadas en la evidencia científica, para conseguir llevar a buen término la acción didáctica y lograr los objetivos de aprendizaje predeterminados. En la siguiente representación se pueden observar ejemplos sobre este aspecto (Fig. 10).

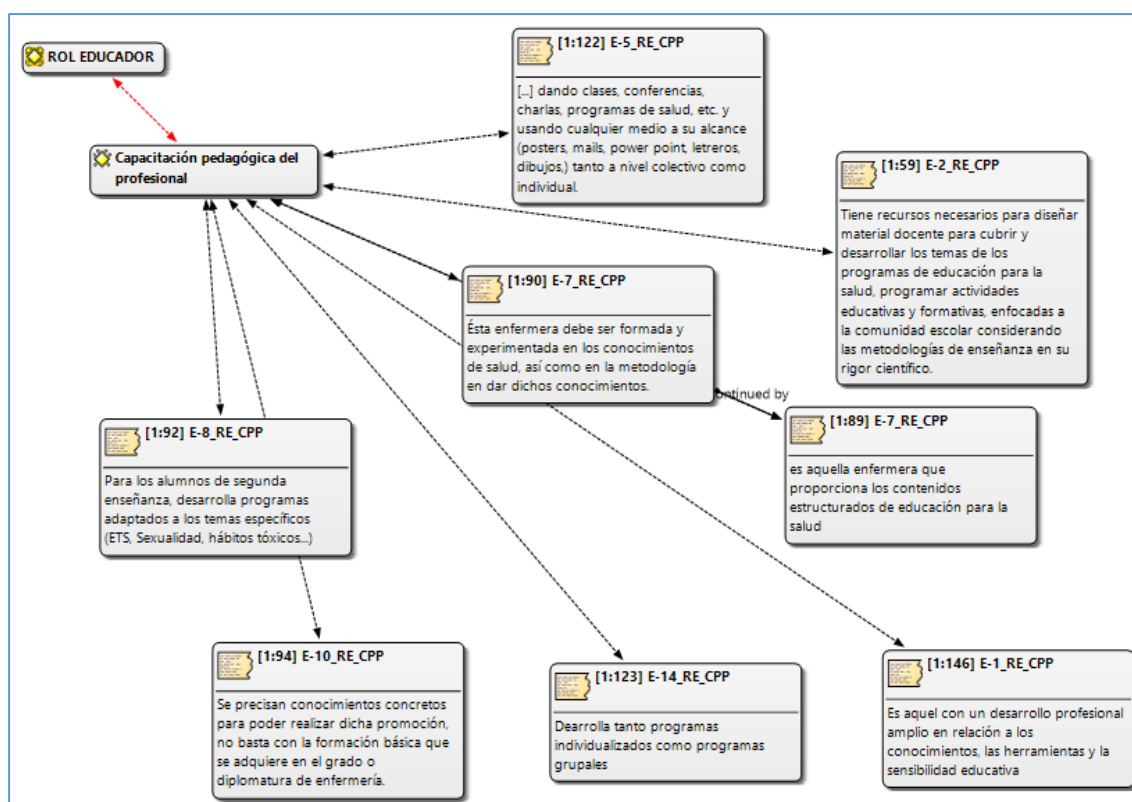


Fig. 10. Resumen de respuestas sobre la capacitación pedagógica del profesional. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Por último, uno de los expertos advierte explícitamente acerca de la importancia de entender la naturaleza de la tarea educativa y tenerla presente para llevar a cabo las intervenciones promotoras de salud más allá de la profesión sanitaria. Esto implica sin duda, desarrollar una sensibilidad docente que asienta unos valores pedagógicos en el proceso de enseñanza-aprendizaje y que contribuye a un perfeccionamiento del rol educador. Por ello, aunque este aspecto sólo ha sido especificado por uno de los expertos, merece ser tenido en cuenta dentro de la categoría del rol educador. No basta con ser competente en materia pedagógica, sino que también es necesario comprender

la acción relacionada con el acto de educar. En la siguiente representación (Fig. 11) se presenta un reporte de las unidades de significado extraídas sobre este elemento.

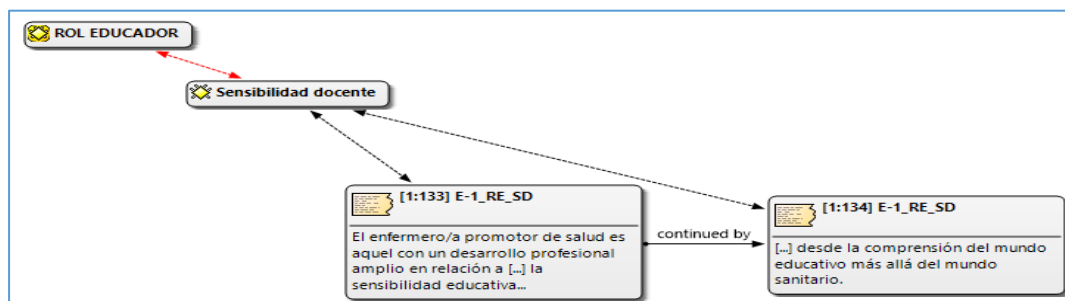


Fig. 11. Resumen de respuestas sobre la sensibilidad docente. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

En lo que respecta a la segunda de las categorías—enfoque integrador de la acción—, se presenta a continuación, un resumen de los datos extraídos del análisis (Tabla 18).

Tabla 18. Resumen de la categoría y subcategorías de enfoque integrador. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
ENFOQUE INTEGRADOR DE LA ACCIÓN	Interdisciplinariedad	Implica establecer vínculos, colaborar e interactuar con otros profesionales para realizar intervenciones efectivas.	EIAE_I
	Integración del profesional	Requiere la integración del profesional en el centro escolar y comunidad educativa y participación en la toma de decisiones.	EIAE_IP

Desde el enfoque integrador del proceso de enseñanza-aprendizaje, se puede comprobar que el grupo ha hecho referencia especialmente a aspectos como la integración del profesional y la interdisciplinariedad en el centro escolar. Cabe focalizar en esta última, ya que también es un concepto mencionado en el marco teórico como elemento que garantiza un proceso educativo eficaz y un aprendizaje significativo en lo que se refiere a educación para la salud.

Independientemente de las diferentes modalidades que puede adquirir el concepto de interdisciplinariedad desde el punto de vista pedagógico en la enseñanza, los expertos consultados se han referido a este elemento desde una vertiente epistemológica y general, en la que se concibe como la cooperación de diversas disciplinas que

contribuyen a una realización común y que, mediante su asociación, contribuyen a hacer surgir y progresar nuevos conocimientos⁸⁶.

Esta perspectiva se intuye cuando comparamos algunas de las respuestas en las que los panelistas reflexionan acerca de la importancia que le dan a la reciprocidad entre disciplinas para llevar a cabo la promoción de la salud. Así, se observa que aluden especialmente a la necesidad de establecer relaciones explícitas, colaborar e interactuar con los profesionales docentes para llevar a cabo las intervenciones educativas de promoción de salud de forma eficaz, logrando un lenguaje común, y participando de la programación y definición del currículum educativo. Igualmente, dentro de este enfoque integrador cabe mencionar que, para garantizar la participación conjunta de ambos sectores —educativo y sanitario—, varios expertos han reafirmado la importancia de que el PEPSEE lleve a cabo su acción estando integrado en el centro escolar y en la comunidad educativa. En la siguiente representación (Fig. 12) se despliegan algunas de las afirmaciones de los autores en lo que respecta a estos elementos.

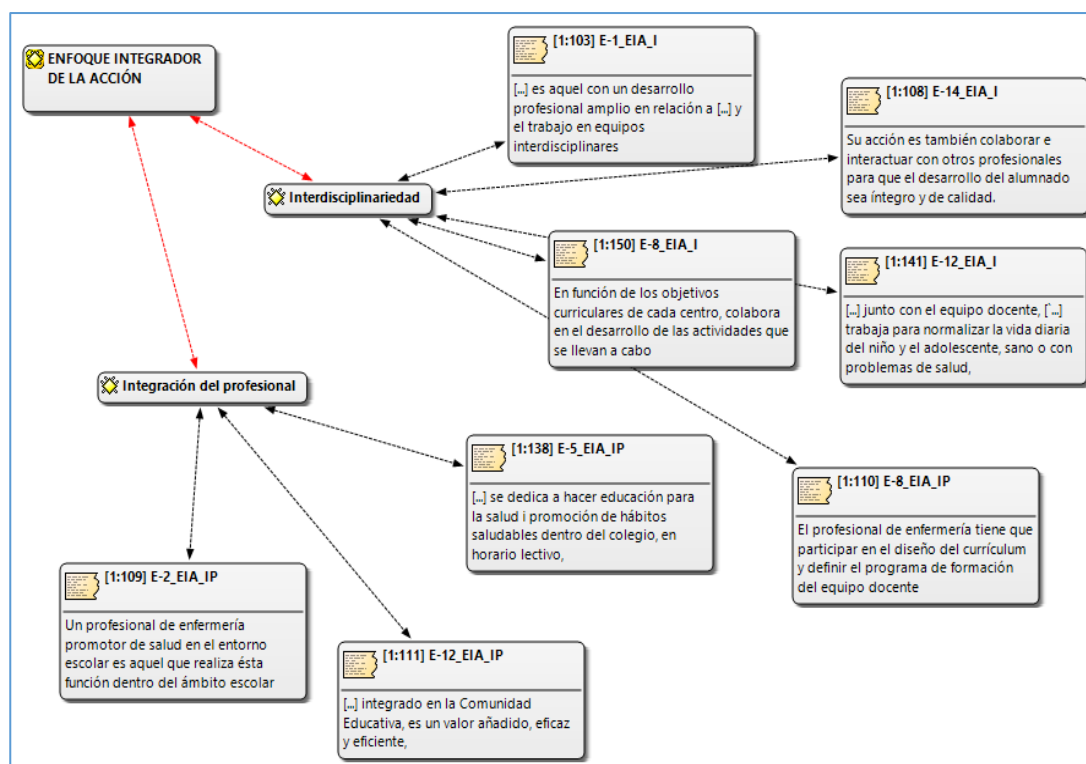


Fig. 12. Resumen respuestas sobre el enfoque integrador en el proceso de enseñanza. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI.

⁸⁶ Definición general para el Informe del Director General de la Unesco al Consejo Ejecutivo, sobre la preparación del Plan a Plazo Medio para 1984-1985 (113 EX/4, párrafo 426).

Por último, desde la categoría de visión integral del educando, los expertos han hecho referencia al desarrollo completo del educando, tanto en lo que atañe a la visión holística de éste (biopsicosocial), como a la longitudinalidad de la intervención educativa en las diferentes situaciones que se pueden presentar a lo largo de su etapa escolar. Por lo cual estos aspectos también han sido considerados para su reflexión estructurados en subcategorías.

En la siguiente tabla (Tabla 19) se muestra un resumen de la información extraída en base a esta categoría.

Tabla 19. Resumen de la categoría y subcategorías de visión integral. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
VISIÓN INTEGRAL DEL EDUCANDO	Perspectiva holística del individuo	Implica entender al educando desde una dimensión holística y transversal, teniendo en cuenta no sólo la perspectiva física de salud, sino también la social, psicológica y emocional, y ambiental, cultural, entre otras.	VIE_PHI
	Longitudinalidad de la intervención educativa	Implica forjar un proceso pedagógico de salud a lo largo de toda la escolarización, abarcando todos los problemas que se deriven de ésta.	VIE_LIE

A lo largo del marco teórico se ha comprobado cómo ha ido adquiriendo cada vez más importancia el concepto histórico de salud, lo que también ha ido permitiendo entender a la persona desde una perspectiva más global, teniendo en cuenta no sólo la dimensión física en el proceso de salud-enfermedad, sino también otras como la social, psicológica y ambiental. Por ello, era de esperar que este aspecto también brotara entre las respuestas de los expertos al pedirles que definieran al PEPSEE, destacando la importancia de entender al educando desde dicha perspectiva.

Por otro lado, también el grupo de expertos también ha hecho alusión a la longitudinalidad de la intervención educativa, aludiendo a la importancia de abarcar todos los problemas que pueden darse a lo largo de la escolarización, en las diferentes etapas de vida. En la siguiente representación (Fig. 13) se muestran algunos ejemplos de las unidades de significado extraídas para esta categoría.

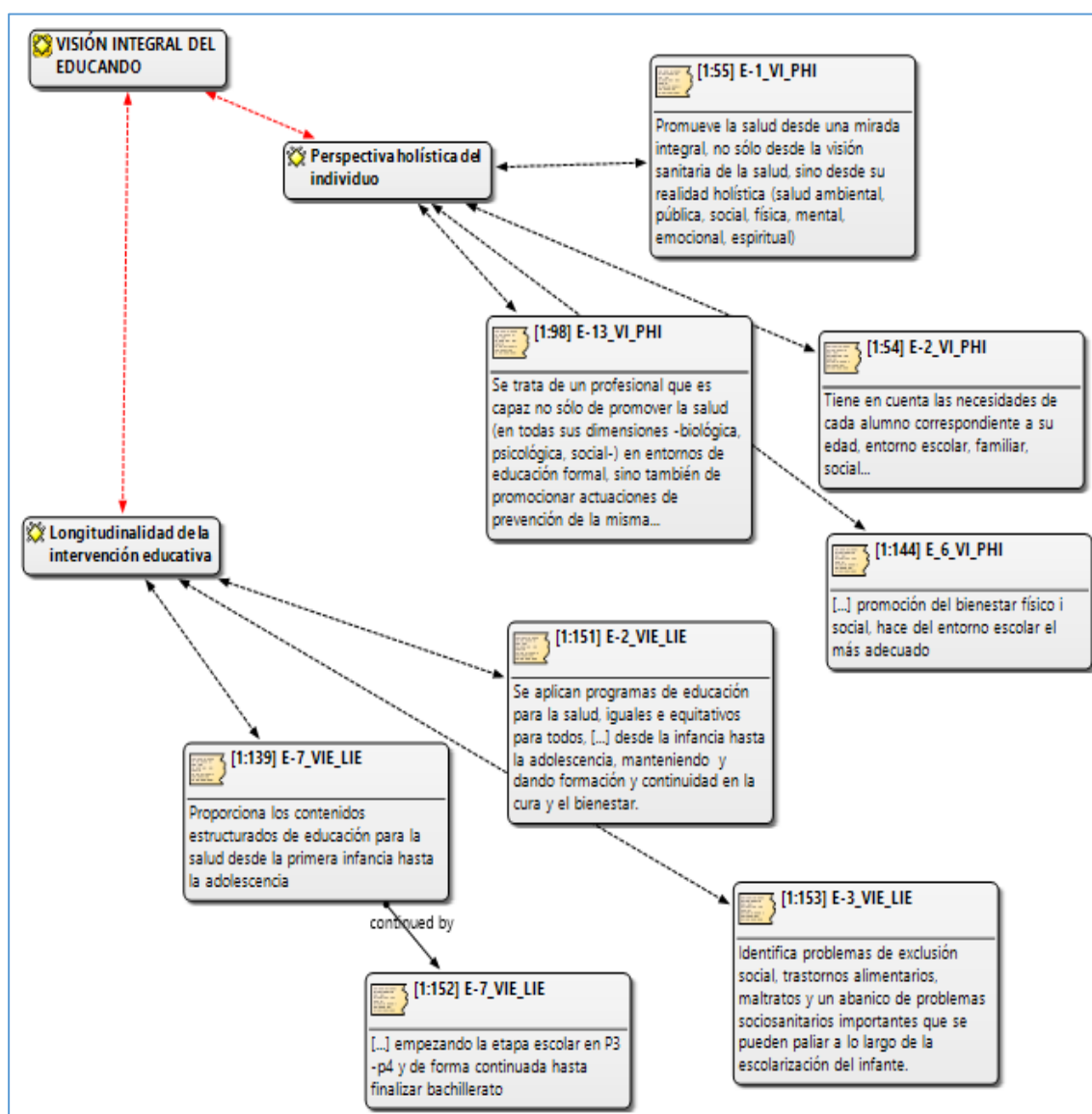


Fig. 13. Resumen de respuestas sobre la visión integral. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI.

7.1.2. Segunda pregunta. Competencias pedagógicas

Una vez analizadas las características del perfil que debe cumplir el PEPSEE, y aproximándonos con ello a una definición más concreta de dicho profesional, se pretende ahora considerar y analizar las competencias pedagógicas que debe tener para desarrollar tal acción de forma efectiva.

Han sido numerosas las interpretaciones y definiciones que se han hecho sobre el concepto de competencia, el cual adquiere un carácter integral. Entendiendo de forma

general las competencias pedagógicas del educador como los conocimientos, habilidades y actitudes para intervenir en la formación más completa del individuo, se ha concluido en el marco teórico que “el saber”, “saber hacer”, “saber estar”, “querer hacer” y “poder hacer” –como elementos imprescindibles en el proceso pedagógico–, resultan determinantes también para el desarrollo de la acción pedagógica del PEPSEE. Por ello, tomando como base estos elementos, se lleva a cabo a continuación, la categorización y análisis de los datos obtenidos a través de las respuestas de los expertos para la segunda pregunta abierta “*Cuáles cree que son las competencias pedagógicas necesarias del profesional de enfermería para llevar a cabo la promoción de la salud en el entorno escolar*”.

Se han extraído un total de 106 unidades de significado, dando forma a nueve categorías competenciales del PEPSEE: conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela; competencia interpersonal; habilidades de mediación pedagógica; comunicación educativa; actitud docente competente; valores profesionales inherentes a la dimensión ética; investigación pedagógica en promoción de salud; competencia digital e innovación pedagógica; coordinación y liderazgo educativo. En la siguiente tabla se puede observar un nuevo reporte de estas categorías ordenadas según la importancia concedida por el grupo (Tabla 20). Los totales indican las unidades de significado encontradas por cada categoría.

Tabla 20. Categorías segunda pregunta abierta.

CATEGORÍA	DOCUMENTOS PRIMARIOS	Totales
	P 1: RONDA 1-PREGUNTA 2	
1. CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA		25
2. COMPETENCIA INTERPERSONAL		22
3. HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA		18
4. COMUNICACIÓN EDUCATIVA		12
5. ACTITUD DOCENTE COMPETENTE		8
6. VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENSIÓN ÉTICA		6
7. INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA EN PROMOCIÓN DE SALUD		6
8. COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA		6
9. COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO		3
Totales		106

Fuente: extraído del análisis con ATLAS-Ti

Se presenta a continuación el resumen de estas categorías competenciales, así como las subcategorías a partir de las cuales se ha desarrollado el análisis (Fig. 14).




Fig. 14. Categorías y subcategorías de las competencias pedagógicas del PEPSEE. Elaboración propia

Se lleva a cabo a continuación, un análisis más detallado de cada una de las categorías competenciales.

CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA.

Sin duda esta categoría competencial del “saber” ha sido la más destacada por el grupo, lo que hace pensar que éste aporta un gran valor al desarrollo de un conocimiento específico para poder impartir la materia de salud en la escuela de forma efectiva. Se resume en la siguiente tabla las subcategorías derivadas de este apartado en base a la opinión experta (Tabla 21).

Tabla 21. Resumen sobre la categoría del conocimiento base para la enseñanza de la salud en la escuela. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA  Saber	Conocimiento propio de la salud	Referido al conocimiento teórico-práctico del contenido de salud propio de la profesión enfermera. Implica el conocimiento de la materia, de los temas de salud que, siguiendo una programación educativa se quieren enseñar.	CBESE_CPS
	Otros elementos de conocimiento	Implica conocimiento de la didáctica específica de la salud, es decir, conocimiento de las normas teóricas y procedimientos que garantizan un aprendizaje significativo en salud, con objeto de alcanzar la finalidad última, que es el mantenimiento o mejora de la misma.	CBESE_OEC

Esta categoría se erige tomando como referencia a Shulman (1987) —que ha jugado un papel relevante en el desarrollo de investigaciones e implementaciones curriculares para la formación de profesores desarrollando uno de los modelos base⁸⁷ para la disciplina didáctica más importantes—. Entendiendo que la promoción de salud conlleva también un proceso de enseñanza-aprendizaje en que el enfermero asume indiscutiblemente un rol docente, se deduce la necesidad del PEPSEE de contar con una formación pedagógica específica para desarrollar e integrar un corpus de conocimiento base para la enseñanza de salud, a través del cual, partiendo del

⁸⁷ Modelo de conocimiento base para la enseñanza (1987): aspectos tales como comprender las estructuras de la materia enseñada, los principios de la organización conceptual, así como aquellos que ayudan a entender cuáles son las ideas y destrezas importantes en el ámbito del saber; el conocimiento del currículo, los libros de texto y otros materiales para la aplicación de contenidos; la organización escolar y políticas de gestión; el conocimiento de los contextos educativos, entre otros; forman parte de una matriz en la que inevitablemente actúa el docente, por lo que es lógico que los principios y circunstancias de su funcionamiento, configuren una fuente del conocimiento base (Shulman, trad. 2005).

conocimiento propio de la materia a enseñar (en este caso, la salud), sea capaz de transformar el contenido en conocimiento enseñable.

Desde esta perspectiva, uno de los aspectos que más ha sobresalido y que ha sido señalado por la mitad de los participantes, es la adquisición de una buena formación teórica-práctica del PEPSEE en lo que respecta al contenido de la materia que va a impartir, que en este caso es la salud y promoción de la misma. Tal vez esto sea debido a que el grupo asume que dicho conocimiento ya es inseparable del ejercicio de la profesión enfermera. Se extrae a continuación un reporte donde se puede percibir la opinión experta respecto de este elemento (Fig. 15).

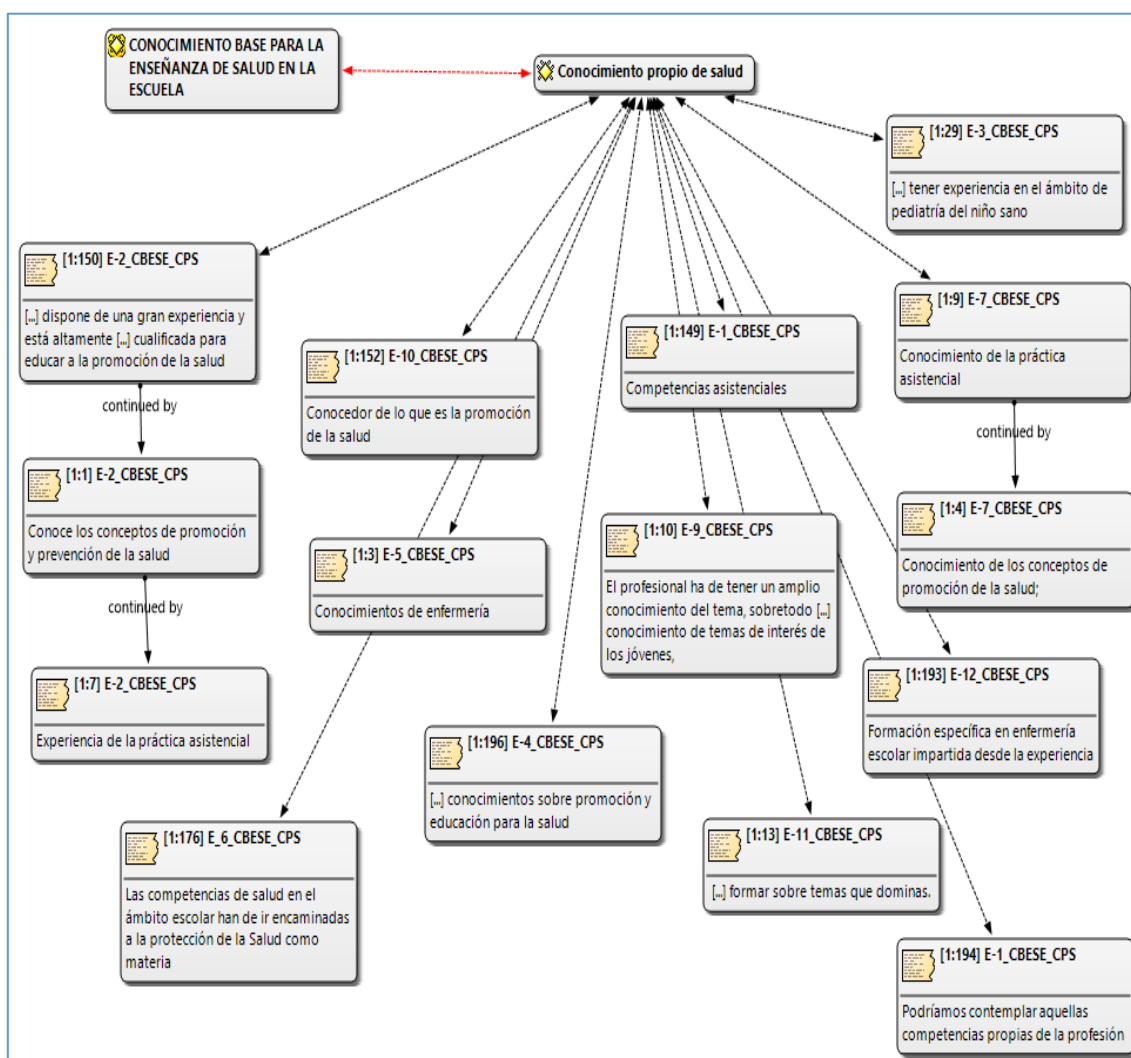


Fig. 15. Resumen de respuestas sobre el conocimiento propio de la profesión enfermera. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

No obstante, es sabido que para enseñar no basta con “saber” de la materia que se enseña y que el conocimiento teórico-práctico del contenido y de la disciplina no es un indicador suficiente de calidad de enseñanza, sino que existen otros tipos de conocimiento que también son importantes. En base a esto, los expertos consultados aluden al conocimiento del contexto escolar y su estructura, ya que es donde se va a llevar a cabo el proceso de enseñanza; conocimiento de todo lo que se refiere al currículum educativo, así como de los estudiantes a quién se enseña, y del resto de la comunidad, identificando elementos que puedan influir tanto de forma negativa como positiva en la salud; y conocimientos de la forma para llevar a cabo la enseñanza, así como aspectos de interés de las teorías de aprendizaje y pedagogía. Se presenta a continuación un reporte de la opinión experta (Fig. 16).

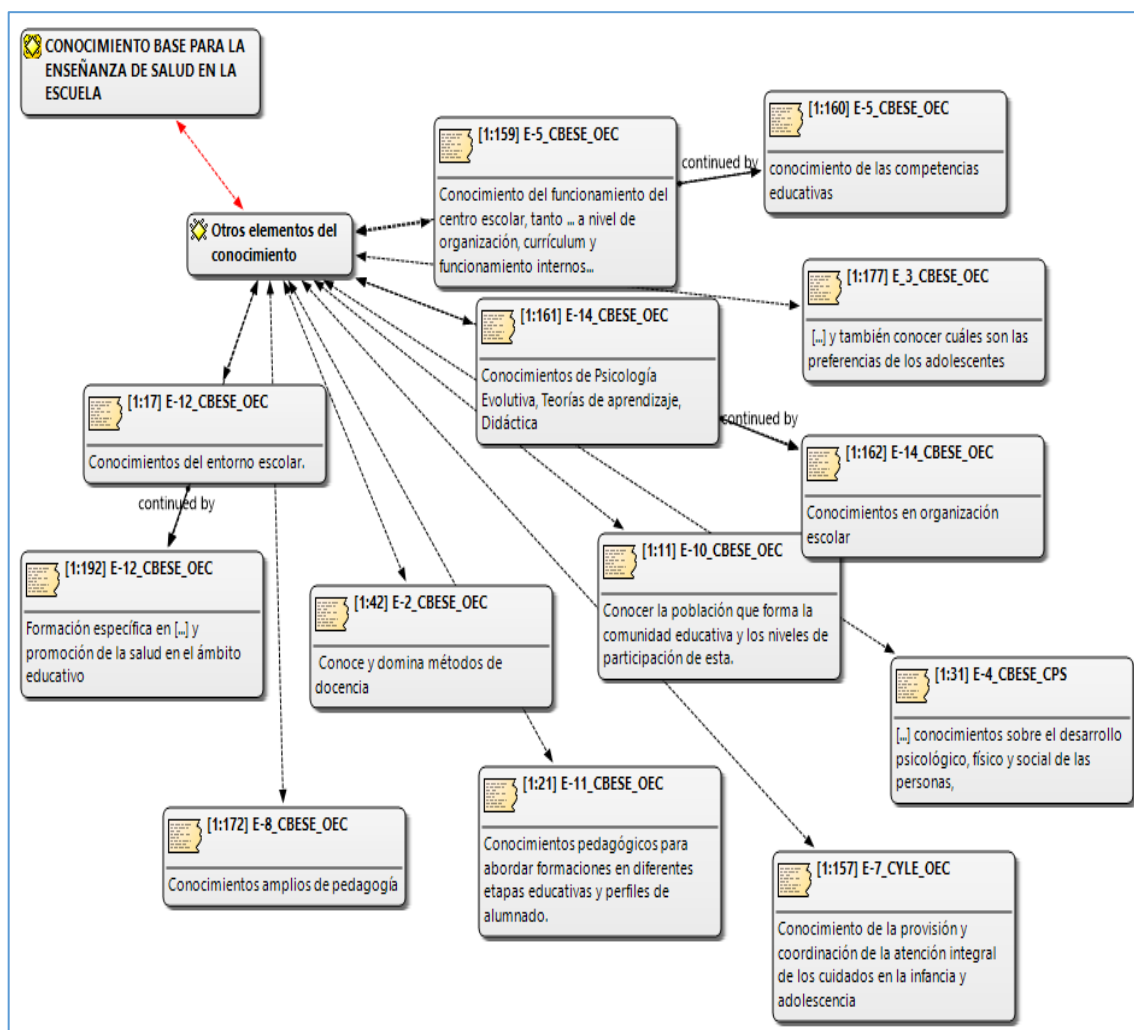



Fig. 16. Resumen de respuestas sobre otros elementos del conocimiento. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

COMPETENCIA INTERPERSONAL Y TRABAJO EN EQUIPO.

Es sabido que la complejidad del contexto escolar requiere trabajar a través de objetivos comunes en función de unos roles adquiridos, es decir, requiere de un trabajo en equipo. Este aspecto ha sido considerado por numerosos autores como un punto clave en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Probablemente por este motivo, este elemento también ha sido otro de los más destacados por los expertos; refiriéndose especialmente a las habilidades requeridas para integrarse en el equipo escolar, relacionarse y trabajar en éste de forma interdisciplinar, colaborando con otros profesionales, y generando redes y alianzas con otros sectores, en todos los aspectos que favorecen y promueven la salud de las personas. En la siguiente tabla, se muestra el resumen de esta categoría y las subcategorías generadas del análisis (Tabla 22).

Tabla 22. Categoría competencia interpersonal y de trabajo en equipo. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
COMPETENCIA INTERPERSONAL Y TRABAJO EN EQUIPO  Saber hacer, Saber estar	Trabajo interdisciplinar	Implica que el profesional demuestre su habilidad participativa en el equipo en lo que se refiere a la planificación y operativización de sus acciones promotoras de salud, colaborando y cooperando con el resto del equipo y comunidad educativa.	CITE_TI
	Habilidades de relación interpersonal	Referido a aquellas habilidades y comportamientos sociales que permiten al enfermero promotor de salud tener una mejor relación y comunicación con el equipo y el resto de la comunidad educativa dentro y fuera del centro escolar.	CITE_HRI
	Manejo de conflictos	Referido a la resolución de conflictos y problemas colaborativos. Implica la capacidad del enfermero de adquirir habilidades de autorregulación emocional y alcanzar la mejor solución ante una situación problemática derivada del proceso colaborativo de promover la salud en la escuela.	CITE_MC
	Adecuación al equipo	Referido a la habilidad de adaptarse y trabajar eficazmente con el equipo en las diversas situaciones cambiantes del proceso educativo. Implica adaptar las tácticas educativas a estas situaciones y flexibilidad en la aplicación de procedimientos según la situación educativa.	CITE_AE

Uno de los elementos más destacados por los expertos ha sido precisamente el de la coordinación-cooperación en la puesta en práctica de las acciones y las estrategias que el equipo planifica de acuerdo con unos objetivos marcados. La sincronización con los otros miembros del equipo docente en la toma de decisiones de salud es un requisito básico y, además, ha sido un elemento destacado como imprescindible en la investigación referida. Se muestra a continuación, el reporte sobre la opinión experta en relación con este aspecto (Fig. 17).

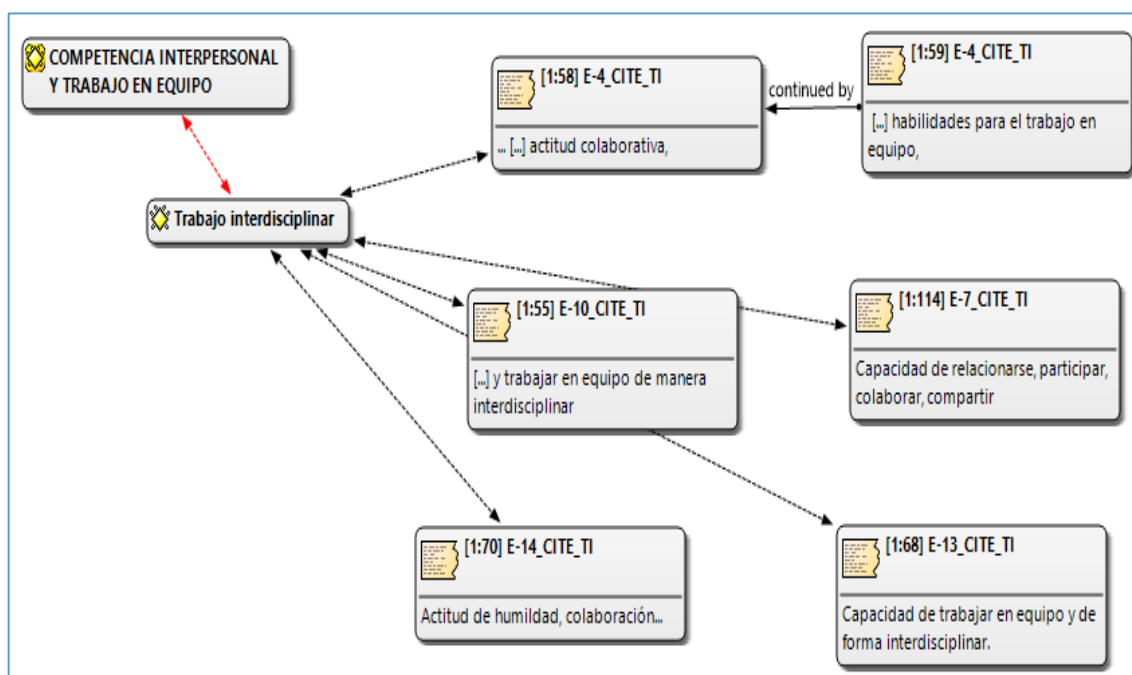


Fig. 17. Resumen de respuestas sobre el trabajo interdisciplinar. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Se deduce por tanto que el PEPSEE debe demostrar habilidad en la dimensión participativa interdisciplinar en lo que se refiere a la planificación y operativización de sus acciones promotoras de salud, llevando a cabo decisiones tomadas de manera conjunta, consensuada y coordinada, estableciendo un diálogo pedagógico sobre intereses comunes. Por ejemplo, en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar. Esto, sin duda, implica también desarrollar habilidades para establecer relaciones interpersonales efectivas tanto con los miembros del equipo como con el resto de la comunidad educativa. Se incluyen aquí todos aquellas habilidades y comportamientos sociales que contribuyen a una mejor relación

y comunicación con las personas, tales como la actitud de respeto y tolerancia, la empatía, escucha activa, coherencia, entre otras; algunas de ellas consideradas también como habilidades comunicativas⁸⁸. Se muestra a continuación un reporte gráfico sobre este aspecto (Fig. 18).

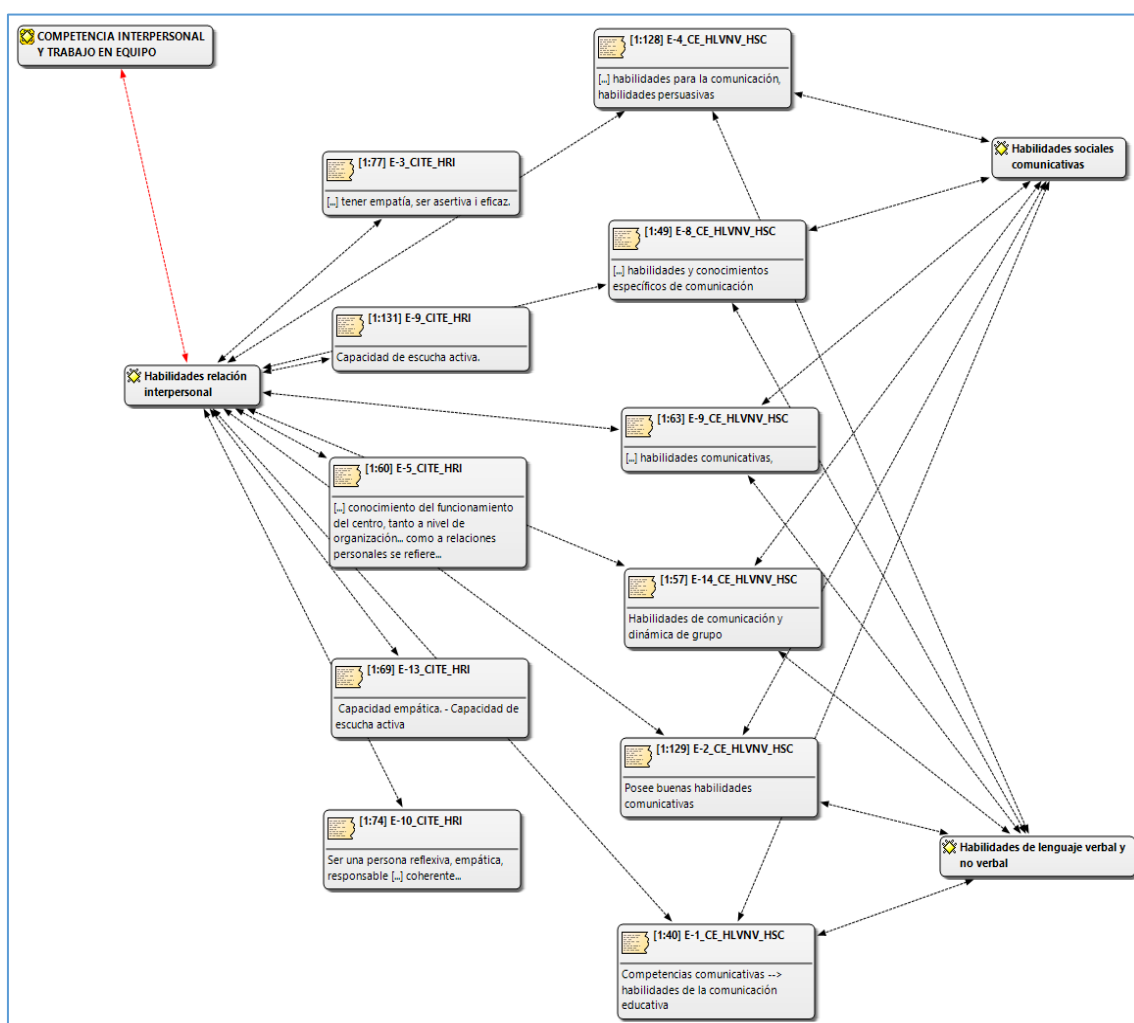


Fig. 18. Resumen de respuestas sobre las habilidades de relación interpersonal. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Otro de los elementos que merece una especial reflexión, aunque ha sido referido únicamente por tres de los expertos, es la resolución de conflictos y de problemas colaborativos (Fig. 19). Y es que, si no se maneja convenientemente el conflicto, puede

⁸⁸ Las habilidades comunicativas, tanto las referidas al lenguaje verbal y no verbal como a las habilidades sociales comunicativas, son analizadas en la categoría competencial de comunicación educativa.

destruirse la comunicación y relación del equipo y, por consiguiente, repercutir en el proceso de enseñanza-aprendizaje planificado.

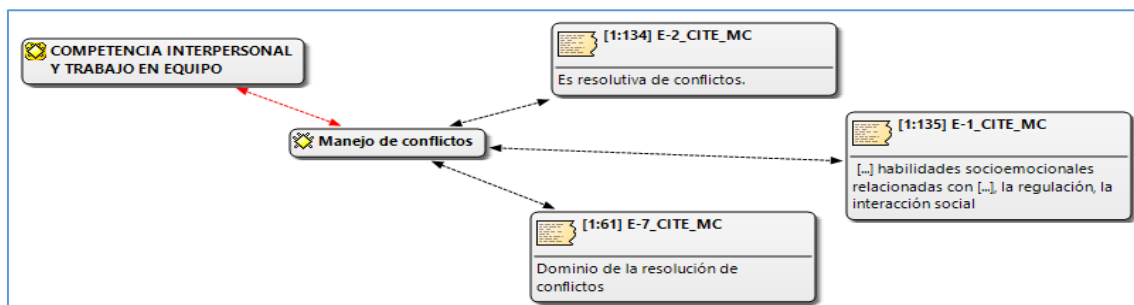


Fig. 19. Resumen de respuestas sobre el manejo de conflictos. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Se trata de adquirir habilidades de autorregulación emocional y percibir los conflictos como sucesos normales e inevitables. Considerarlos no como una amenaza, sino como un reto, como una oportunidad de crecimiento personal, de aprender algo nuevo, y de mejorar. Se requiere, en definitiva, autocontrol y manejo de las propias emociones del PEPSEE en determinadas situaciones estresantes con el equipo.

Por último, en lo que respecta al elemento relacionado con la adaptabilidad y flexibilidad dentro del equipo, ha sido explicitada por tres de los expertos (Fig. 20). Esta dimensión en el PEPSEE se concibe como la habilidad de adaptarse a los cambios y trabajar eficazmente en distintas y variadas situaciones con personas o grupos diversos. Supone tener una visión holística, entender y valorar distintas posturas, adaptando el propio enfoque al del equipo, adecuando las tácticas pedagógicas a cada contexto y dando continuidad a los distintos programas de salud.

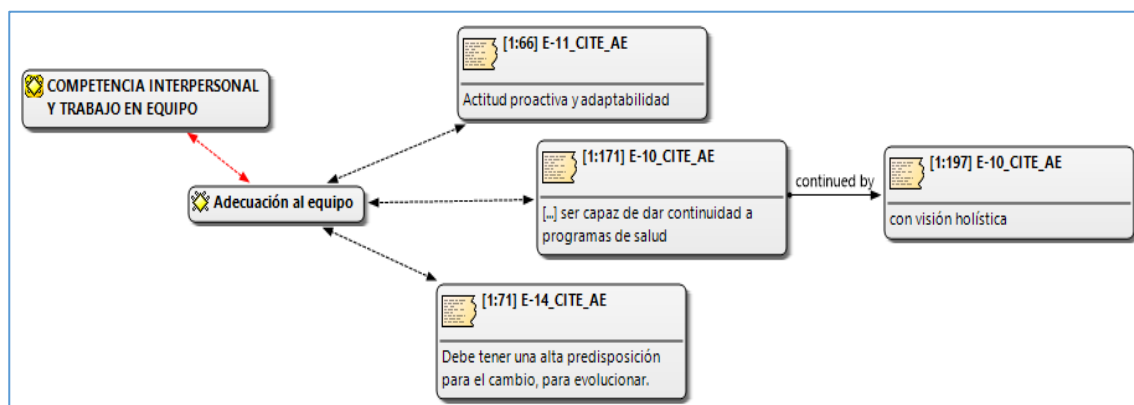



Fig. 20. Resumen de respuestas sobre la adecuación al equipo. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS

HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA.

En apartados anteriores se ha expuesto que la mediación y la capacitación pedagógica son aspectos que pueden definir al PEPSEE. A partir de aquí, se procede ahora a reflexionar acerca de la opinión experta sobre el desarrollo de habilidades de dicho profesional para mediar en un proceso pedagógico de calidad, de manera que sea el propio alumno quien construya sus conocimientos y adquiera un aprendizaje significativo.

La mediación pedagógica ha sido la tercera de las categorías competenciales más tenida en cuenta por los expertos, con 18 unidades de significado extraídas, aludiendo a los elementos que se desprenden de ésta. Así, entendiendo que la mediación pedagógica que lleva a cabo el PEPSEE es la manera en que éste desarrolla su práctica docente; no es extraño que el grupo en general haya hecho mención de la necesidad de desarrollar habilidades persuasivas, dominio de métodos de docencia, creación de nuevas estrategias educativas, uso de herramientas educativas para dinamizar las sesiones, capacidad técnica para formar, habilidades para detectar temas de interés del alumnado, y para promover la salud en todos los niveles educativos, entre otros. Se muestra a continuación una tabla resumen para esta categoría (Tabla 23).

Tabla 23. Categoría Habilidades de mediación pedagógica. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA  Saber hacer	Valoración previa del proceso	Referido a la habilidad del PEPSEE para identificar las necesidades previas de aprendizaje en salud tanto de los alumnos como de la comunidad educativa, y diseñar procedimientos flexibles en base a ello.	HMP_VPP
	Organización y planificación	Referido a la habilidad de conceptualizar, organizar y secuenciar las acciones orientadas hacia el fin educativo a alcanzar.	HMP_OP
	Estrategia y método	Referido a aquellas habilidades que impliquen acciones productivas en el aprendizaje y doten de significancia a la acción formativa para alcanzar los objetivos educativos de salud.	HMP_EM
	Evaluación	Referido a la habilidad de llevar a cabo una evaluación integral, tanto del educando como del profesional.	HMP_E

Analizando en profundidad estas respuestas, se observa que una tercera parte del grupo destaca de forma explícita la necesidad de identificar las necesidades previas de aprendizaje. Como buen mediador, el docente tiene como función ayudar a sus estudiantes a aprender, a facilitarles y posibilitarles el aprendizaje. Para hacer efectiva esa función, el primer paso debe de ser dar respuesta a las necesidades reales de formación de los educandos. Explorar las potencialidades que posee el alumno en las diferentes áreas de su desarrollo saludable, indagar en sus conocimientos, habilidades y preferencias; son algunas de las premisas para conseguirlo. De esta manera, el PEPSEE también puede llegar a desarrollar proyectos educativos de promoción de salud ajustados a las posibilidades y a la realidad de los educandos y del contexto escolar, atendiendo a las diferencias individuales y de grupo, y ofreciendo alternativas diversas de acción, en función de dichas posibilidades e intereses percibidos. Se muestra a continuación los reportes extraídos referentes a este aspecto (Fig. 21).

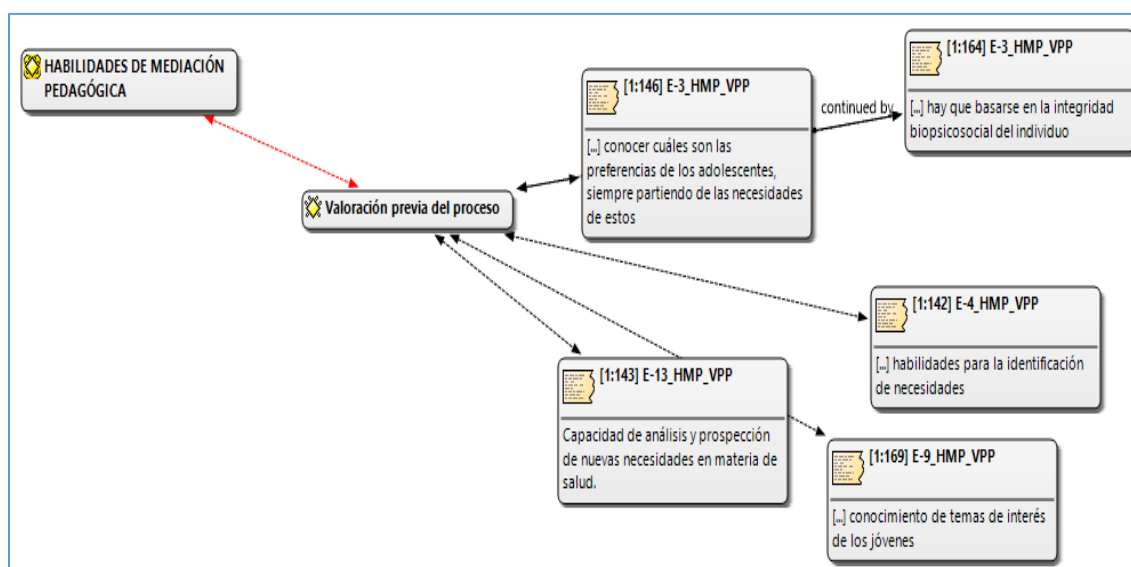


Fig. 21. Resumen de respuestas sobre la valoración previa del proceso. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Por otro lado, el éxito de todo proceso de mediación depende, en gran medida, de la planificación de las intervenciones llevada a cabo. Así pues, se hace necesario considerar este aspecto —destacado por tres de los expertos—, como otra habilidad necesaria de la mediación pedagógica (Fig. 22).

Implica la conceptualización de contenidos a enseñar, organización y elaboración de actividades, situaciones y secuencias didácticas.

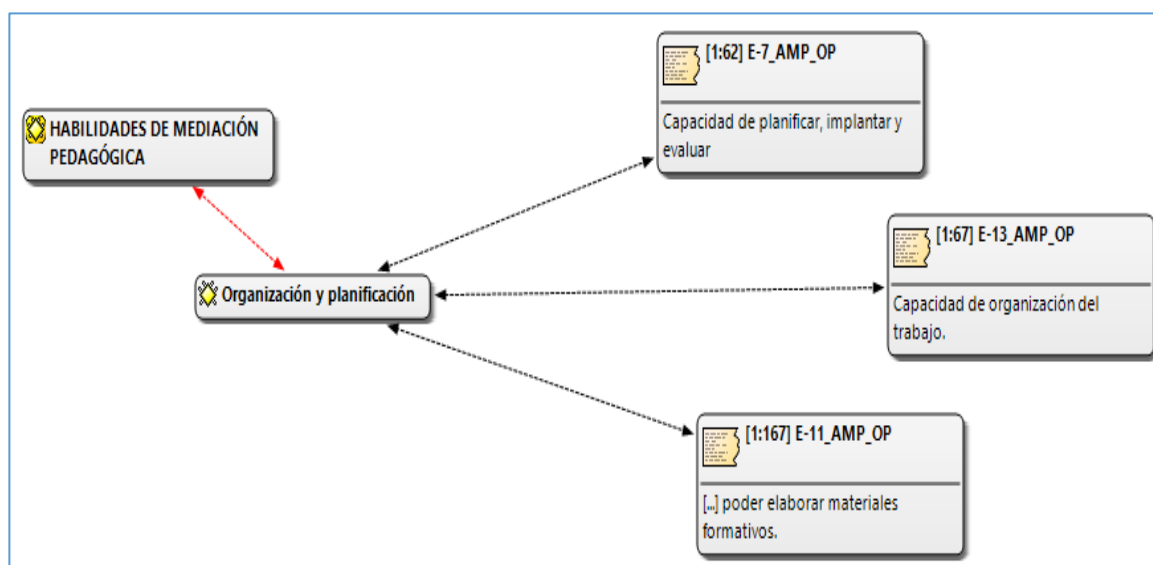


Fig. 22. Resumen de respuestas sobre la organización y planificación. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Otro elemento sustantivo de la práctica mediadora que sin duda permite potenciar el aprendizaje de los educandos hacia el desarrollo de competencias y que también ha sido una constante en la literatura pedagógica, es la habilidad técnica de seleccionar estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje que impliquen acciones productivas en el aprendizaje y doten de significancia a la acción formativa para alcanzar los objetivos educativos. Más de la mitad (8 de 14 expertos) han hecho alusión, de una forma o de otra, a esta capacidad técnica para formar. Aspectos tales como la capacidad de negociación con el educando, seleccionar y utilizar recursos y materiales didácticos adecuados que sirvan como puentes de aprendizaje, así como dinámicas y técnicas grupales que fortalecen al grupo; el *feedback* constante; son algunas de las premisas que de forma general determinan el éxito en el proceso de enseñanza-aprendizaje (Díaz & Hernández, 1999) y que de forma explícita o implícita también se han reflejado en las respuestas de los expertos, por lo que deben ser tenidos en cuenta para la segunda ronda. Se muestra a continuación los reportes extraídos en referencia a este elemento (Fig. 23).

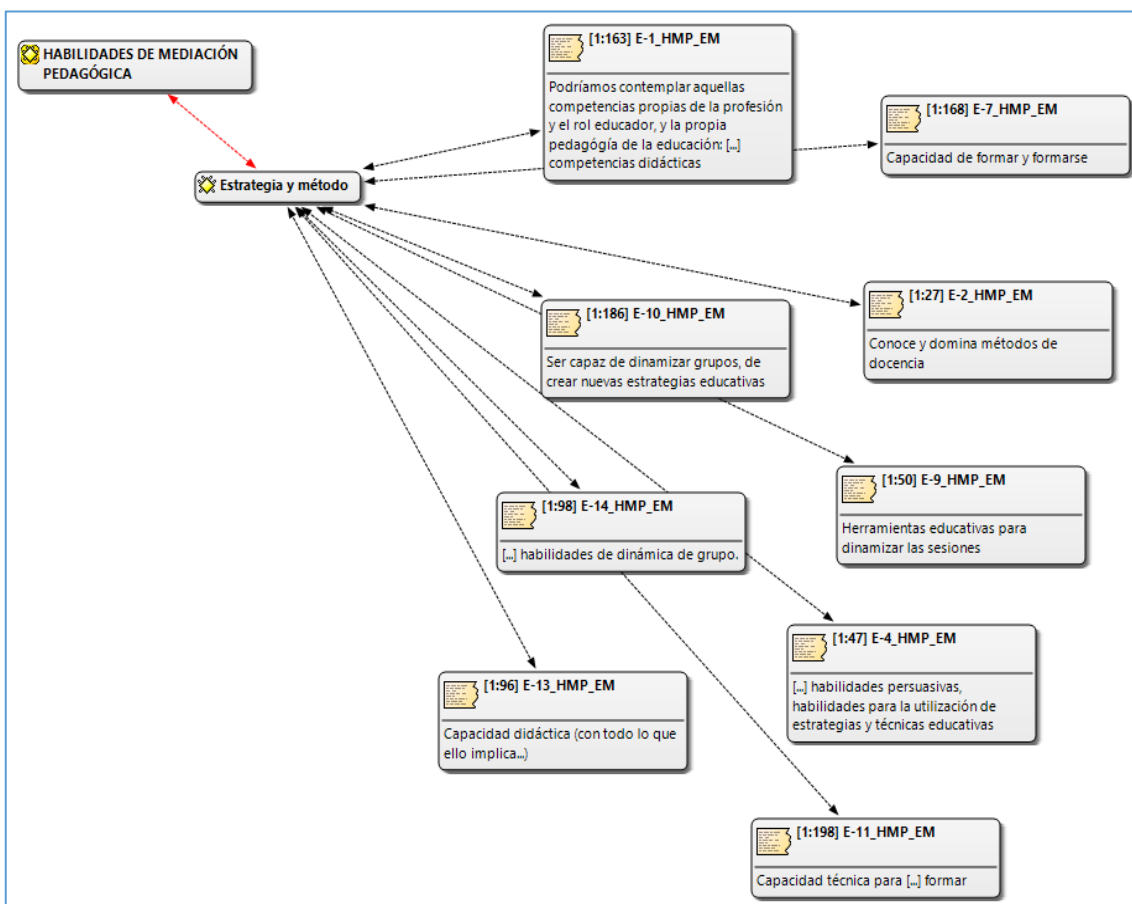


Fig. 23. Resumen de respuestas sobre la subcategoría de estrategia y método. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Por último, no se puede obviar en el proceso de mediación el compromiso de una evaluación integral. Si bien es cierto que este elemento únicamente ha sido explicitado por uno de los expertos (Fig. 24), es importante tenerlo presente para la siguiente ronda, ya que ha sido considerado en la literatura pedagógica como una medida imprescindible en todo proceso de enseñanza-aprendizaje.

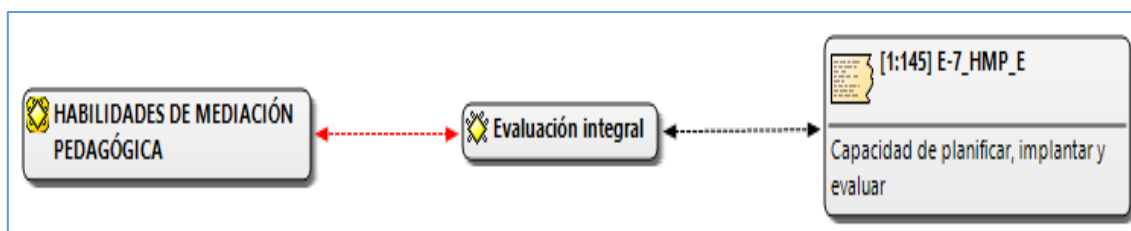



Fig. 24. Resumen de respuestas sobre la subcategoría de evaluación integral. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Desde esta perspectiva, y partiendo de la bibliografía revisada, la evaluación integral por parte del PEPSEE implicaría, por un lado, valoración del proceso educativo del alumno de forma continua, permitiendo el error y la autorregulación del mismo; y, por otro lado, la valoración de los resultados en salud obtenidos, propiciando que el educando valore su propio aprendizaje. Esto permitiría ir enfocando los objetivos formativos atendiendo a las capacidades y logros evaluados sistemáticamente. Asimismo, el PEPSEE debería hacer autoevaluación de su propia práctica docente de tal forma que pueda aprender de ello.

COMUNICACIÓN EDUCATIVA.

La competencia comunicativa es uno de los elementos más estudiados en la literatura en lo que respecta al desarrollo del proceso pedagógico. Este hecho, en parte, puede ser la causa de que también haya sido otro de los aspectos más referidos por los expertos, aludiendo la mayor parte de ellos, a la comunicación educativa y a los elementos que de ésta se desprenden, como aspecto importante del proceso educativo (10 de 14 expertos). Por este motivo, dicho concepto merece ser considerado dentro del listado de competencias del PEPSEE como categoría indefectible. Y es que, la comunicación es con toda probabilidad el pilar fundamental del proceso de aprendizaje, constituyendo una herramienta indispensable para la labor educativa. De este modo, el tipo de comunicación que el enfermero promotor de salud establezca con sus educandos definirá en parte, su rol docente. En la siguiente tabla se resumen las subcategorías resultantes del análisis de esta categoría competencial (Tabla 24).

Tabla 24. Categoría comunicación educativa. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
COMUNICACIÓN EDUCATIVA  Saber hacer y	Habilidades de lenguaje verbal y no verbal	Implica el desarrollo de habilidades lingüísticas eficaces. Requiere también otros aspectos lingüísticos que acompañan al discurso (paralenguaje), y el desarrollo de elementos propios del lenguaje no verbal que permiten transmitir actitudes de afecto, apoyo, seguridad y receptividad a la acción educativa del profesional.	CE_HLVNV

Saber estar	Habilidades sociales comunicativas	Referido al desarrollo de habilidades sociales comunicativas, tales como la empatía, escucha activa, asertividad, entre otras, con objeto de lograr la confianza en la relación educativa. Implica tolerancia y cercanía con los alumnos.	CE_HSC
--------------------	---	---	--------

A través del marco teórico se ha podido determinar que llevar a cabo el proceso educativo en el contexto escolar implica tener la capacidad de influir en los educandos, atraer su atención y mantener su interés, explicar de manera que lo entiendan, estimular intelectualmente y favorecer la buena disposición de éstos a aprender (Keil, 2011). Así, al igual que el buen docente, cabe pensar que el profesional enfermero debe ejercer su rol educador en el contexto escolar a través de una comunicación didáctica, interactuando con el educando, quien a su vez debe sentirse protagonista de esa comunicación para lograr el aprendizaje. Desde esta perspectiva, los expertos han destacado la importancia de esta categoría refiriéndose a la necesidad de desarrollar habilidades específicas de lenguaje (verbal y no verbal), así como a otras habilidades sociales comunicativas, considerándose estos dos aspectos como subcategorías resultantes en este análisis. Se muestra en la siguiente imagen un reporte de la opinión experta para esta categoría (Fig. 25).

En lo que se refiere a las habilidades del lenguaje, los expertos no clarifican de forma explícita las diversas premisas de la comunicación verbal y no verbal, no obstante, se considera necesario resaltar algunas de éstas y tenerlas en cuenta para la descripción de esta subcategoría, ya que contribuyen a un mejor entendimiento de la competencia comunicativa para el PEPSEE: por ejemplo, determinar lo que se quiere explicar y el modo en que se quiere explicar, estructurando el mensaje, hablar con fluidez, adaptando el lenguaje al grupo, y respetando todos los aspectos lingüísticos que acompañan al discurso (ritmo, entonación, entre otros). Asimismo, igual de importantes son los elementos propios del lenguaje no verbal como el lenguaje corporal (gestos, mirada, sonrisa), apariencia física, contacto corporal, estructuración del entorno. Todos ellos tienen que ver en hacer llegar el mensaje con más efectividad y permiten establecer un potente vínculo comunicativo, a través del cual se construye un clima seguro y favorable para la enseñanza.

En cuanto a las habilidades sociales comunicativas, los expertos han aludido a aspectos generales como la empatía, escucha activa, actitud de humildad, asertividad, entre

otras, a través de las cuales se busca mejorar el proceso de comunicación y reforzar la acción educativa. Con toda probabilidad esto ha venido dado porque dichas habilidades son inherentes a la profesión de enfermería.

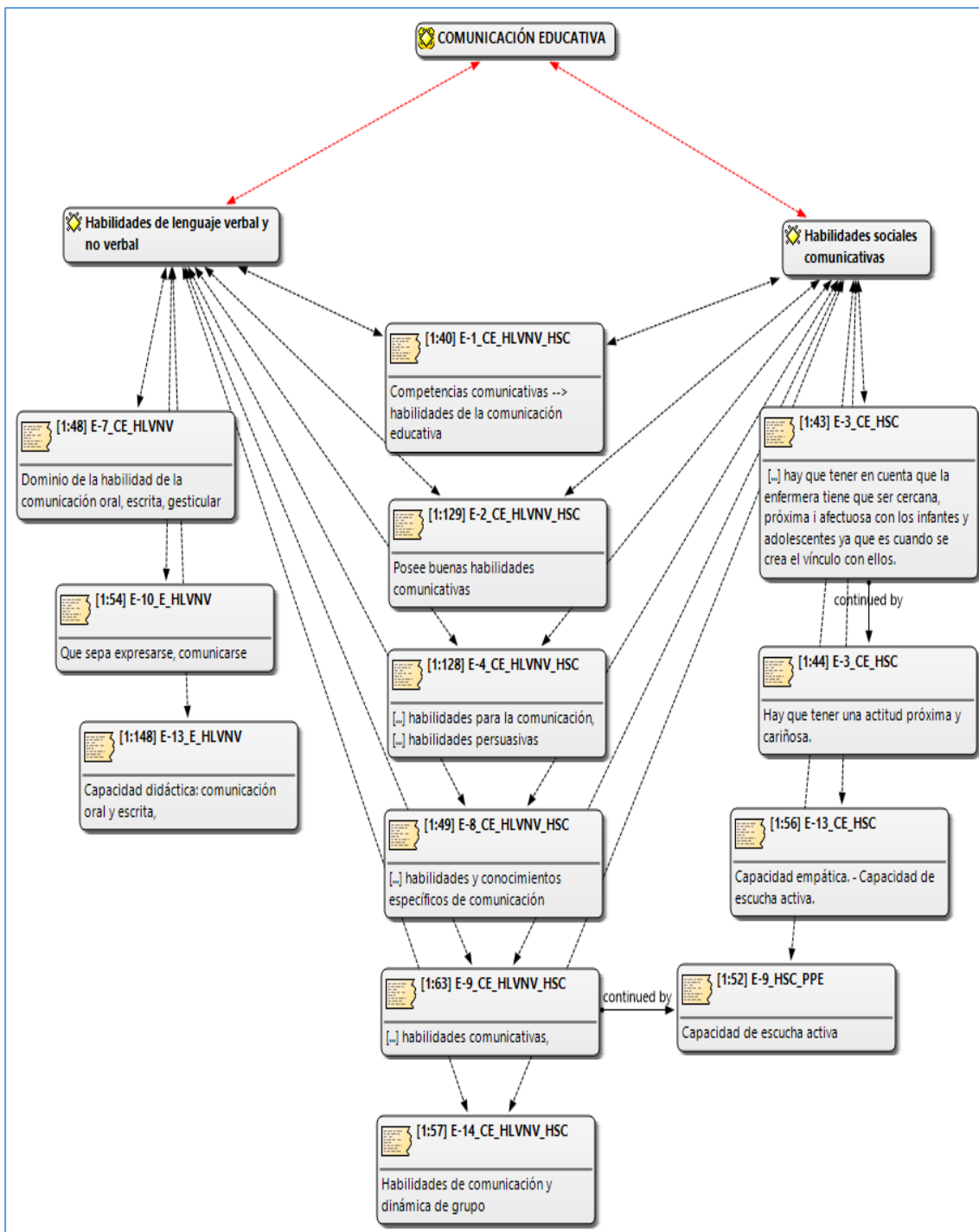



Fig. 25. Resumen de respuestas sobre la categoría de comunicación educativa. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

ACTITUD DOCENTE COMPETENTE.

En la siguiente tabla se muestra un resumen de la opinión experta referente a la categoría competencial de la actitud docente competente estructurada en tres subcategorías (Tabla 25).

Tabla 25. Categoría actitud docente competente. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
ACTITUD DOCENTE COMPETENTE  Saber estar	Disposición colaborativa	Referido al desarrollo de una actitud abierta, dialógica y ganas de compartir y aprender conjuntamente. Implica disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto comunidad educativa.	ADC_DC
	Actitud tolerante	Implica tolerancia y respeto a la realidad de los alumnos y sus diferencias. Ser receptivo a sus vivencias, generando las mejores condiciones de aprendizaje.	ADC_AT
	Actitud proactiva	Referido a la actitud positiva y abierta al aprendizaje en salud. Implica ser receptivo a las propuestas innovadoras de cambio y mejora continua en promoción de salud. Requiere disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica.	ADC_AP

La actitud docente ha sido definida como la capacidad del docente para conocer la teoría que fundamenta su acción pedagógica (Romero, 2010). Para llevar a cabo tal acción, el educador debe contar con una actitud constructiva y abierta que le permita establecer una relación de confianza, ayuda y respeto, considerando las necesidades de la persona o grupo a que se dirige. Se trata de ser receptivo a las vivencias de los educandos, así como a la realidad en la que están inmersos generando las mejores condiciones de aprendizaje. Este tipo de actitud también ha sido reflejada de una forma o de otra entre sus respuestas. Así, mantener una actitud proactiva, colaborativa, positiva, tolerante y de respeto hacia las diferencias, abierta con predisposición al cambio, a compartir y a aprender, han sido los elementos de esta dimensión del “saber estar” en el PEPSEE aludidos por el grupo (Fig. 26). Por ello, la actitud pedagógica que reafirma al enfermero como profesional competente para asumir el rol docente y guiar en la construcción de

conocimiento en el entorno escolar, también ha sido considerada como categoría ineludible de este análisis.

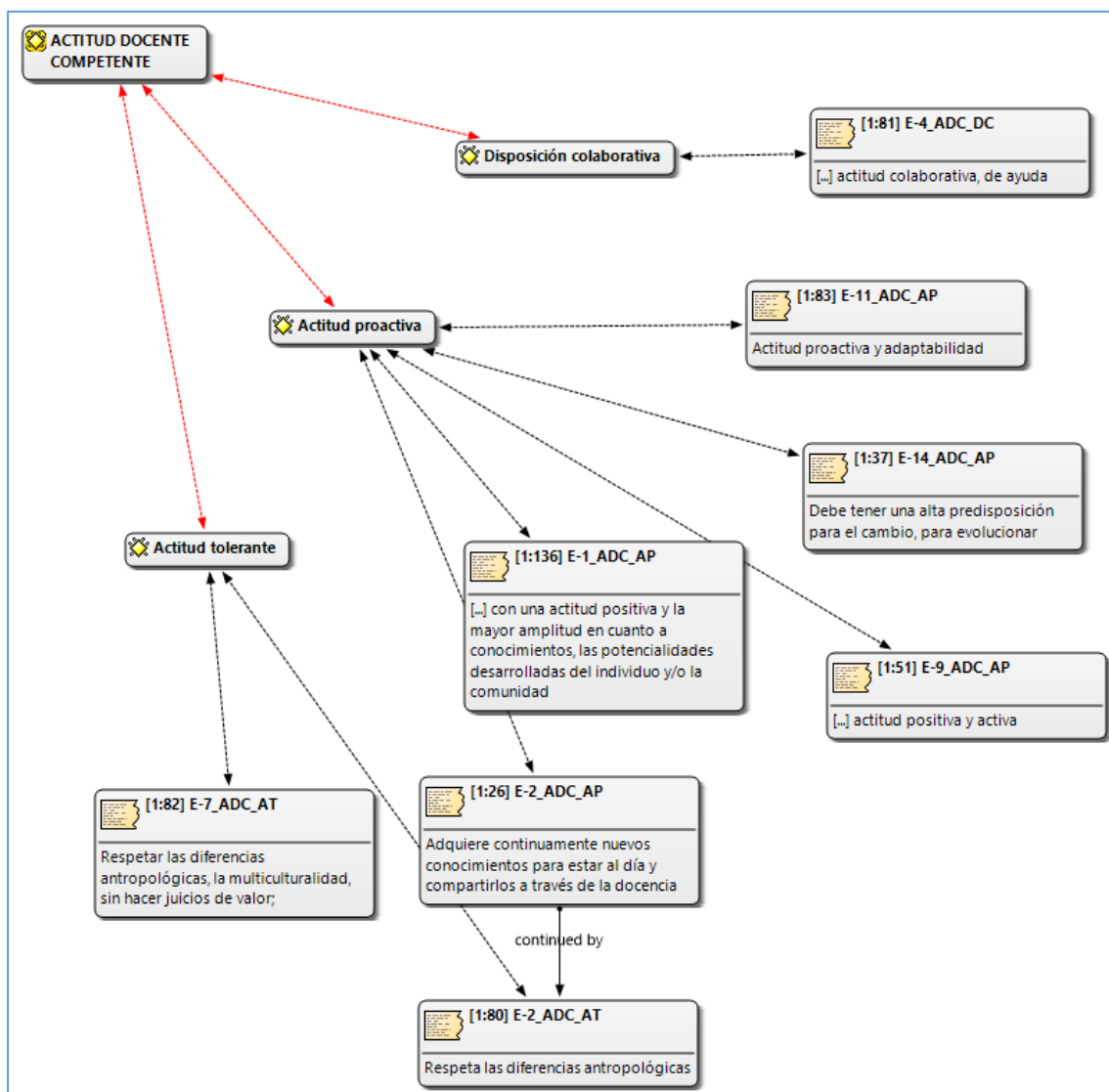


Fig. 26. Resumen de respuestas sobre la categoría de actitud docente competente. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENSIÓN ÉTICA.

Para llevar a cabo el análisis de esta categoría competencial, primero hay que preguntarse cuáles son los rasgos principales de la ética profesional. González-Anleo (1991) establece que son las maneras de ser y de obrar que una persona o colectividad juzgan como ideales y que hacen deseables a los individuos o a los comportamientos a

los que se les atribuye ese valor. Para Ibarra (2007), los valores profesionales que comprende esta ética representan algún modelo de profesión que se pretende alcanzar y por ello dotan de significado al ejercicio profesional. Partiendo de esta base, se exponen en la siguiente tabla aquellos valores que han sido señalados por el grupo de expertos para la acción profesional del PEPSEE (Tabla 26).

Tabla 26. Categoría valores profesionales inherentes a la dimensión ética. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENSIÓN ÉTICA ↓ Querer hacer y Saber estar	Responsabilidad	Referido al desarrollo de la responsabilidad profesional docente. Desarrollar al máximo y de manera óptima, las intervenciones docentes de promoción de salud en la escuela.	VPIDE_R
	Compromiso	Implica adquirir compromiso profesional docente de contribuir al bienestar individual y social en la escuela, a través de un ejercicio docente de calidad.	VPIDE_COM
	Consciencia	Implica conocerse a sí mismo, tomando conciencia del “yo como docente”. Reconocimiento interno por parte del profesional de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa y su motivación personal por ejercer dicho rol.	VPIDE_CON

La responsabilidad para llevar a cabo de forma efectiva la promoción de salud en la escuela ha sido el elemento más acusado por los expertos en esta categoría del “querer hacer”. Este concepto se ha definido en la literatura científica como la realización del ejercicio profesional con un nivel de excelencia y de calidad que distinguen al profesional como tal. Implica una ética en el buen uso de las competencias profesionales y requiere de permanente autorreflexión sobre la propia acción, así como actualización constante manteniéndose al día de los conocimientos y las competencias que comprende el ejercicio profesional (Ibarra, 2007). Por tanto, se puede deducir que este valor en el PEPSEE implica desarrollar al máximo y de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud en la escuela. Igualmente, cabe tener en cuenta —aunque no ha sido explicitado por los expertos— la necesidad de reflexión sobre la acción pedagógica llevada a cabo, así como una capacitación permanente en cuanto a los conocimientos que demanda el ejercicio profesional docente y enfermero. A continuación, se muestran algunos ejemplos sobre la opinión experta aludiendo a este valor (Fig. 27).

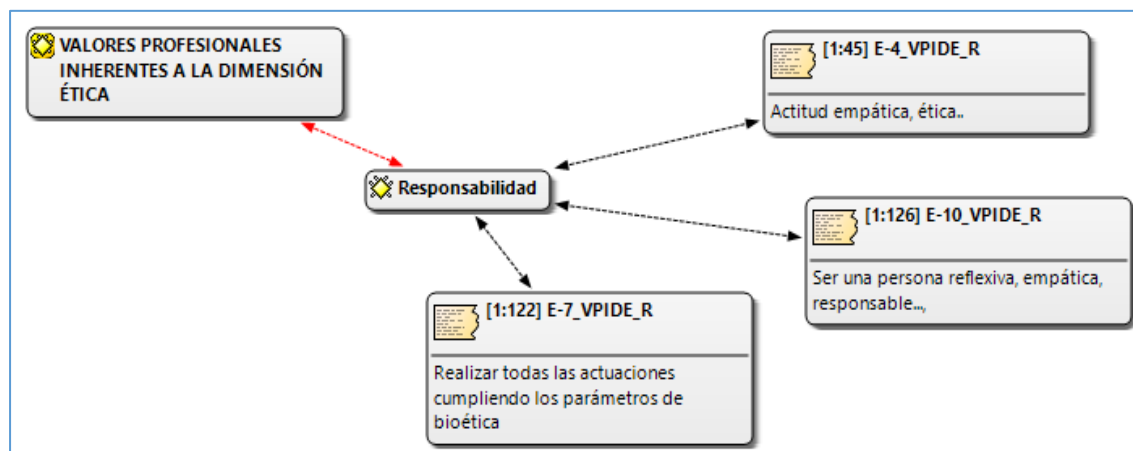


Fig. 27. Resumen de respuestas sobre el valor de la responsabilidad. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

En lo que se refiere al valor del compromiso, a pesar de que ha sido considerado de forma más frugal por la opinión experta, merece la pena incluirlo en este análisis, ya que a través de la bibliografía revisada se concluye que resulta fundamental para que el profesional adquiera razón sobre el sentido de sus capacidades (Ibarra, 2007). Se podría decir que va más allá de cumplir con la obligación laboral; el PEPSEE comprometido proyectaría sus esfuerzos en conseguir su propósito educativo de salud, que además debe tener un significado para él. Se destaca a continuación la opinión de uno de los expertos que alude a la importancia que tiene este valor para la salud y el bienestar (Fig. 28).

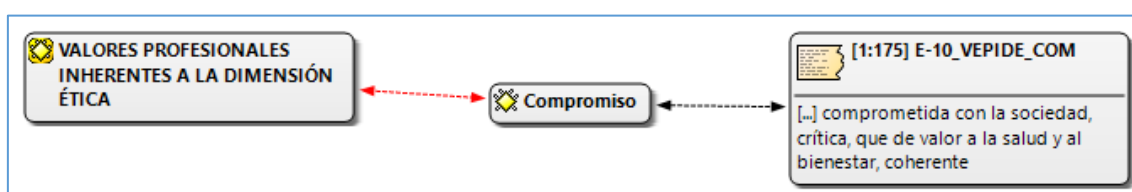


Fig. 28. Resumen de respuestas sobre el valor del compromiso. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Por último, en lo que respecta a la consciencia —entendida como la capacidad de reconocerse a sí mismo como educador— (Ibarra, 2007), también ha sido aludido por dos de los expertos (Fig. 29). Igualmente ha sido motivo de reflexión a lo largo del marco teórico como elemento necesario para llevar a cabo un proceso de enseñanza-aprendizaje de calidad. Así, la predisposición y satisfacción personal del PEPSEE por

ejercer dicho rol, también sería necesaria para el logro de sus objetivos de promoción de la salud.

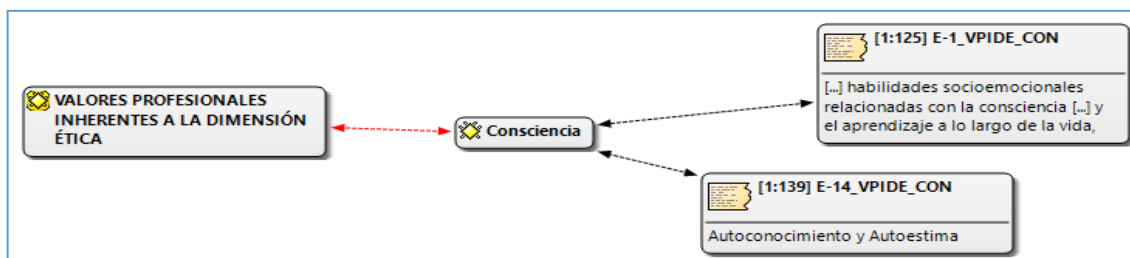


Fig. 29. Resumen de respuestas sobre el valor de la consciencia. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA EN PROMOCIÓN DE SALUD.

La investigación constituye un elemento incuestionable y sustancial para mejorar el conocimiento y validar la práctica en cualquier disciplina, y además se ha convertido en una constante para la comunidad científica. Probablemente por este motivo, el área investigativa ha sido tomada en cuenta por casi la mitad del grupo de expertos (6 de 14) como una competencia a desarrollar por el PEPSEE para llevar a cabo su acción. A continuación, se muestra en la siguiente tabla el resumen desglosado del análisis de esta categoría (Tabla 27).

Tabla 27. Categoría Investigación pedagógica en promoción de salud. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA EN PROMOCIÓN DE SALUD ↓ Saber y Saber hacer	Base de conocimiento científico en promoción de salud	Referido a la investigación constante en promoción de salud, en contenidos sobre hábitos de vida y condición de salud de la población, especialmente en la etapa infantil y adolescente, así como de determinantes y factores asociados a dicha condición.	IPPS_BCCPS
	Base de conocimiento científico en docencia	Referido a la investigación constante en docencia, redefiniéndose en base a unas líneas pedagógicas innovadoras, con estrategias y métodos, así como materiales y recursos docentes renovados y adaptados al cambiante entorno escolar.	IPPS_BCCD

Como puede verse en el siguiente reporte gráfico (Fig. 30) el grupo se han referido de forma general a este elemento remarcando la importancia de la capacidad investigativa, que sin duda irá forjando una base de conocimiento científico en el PEPSEE. Partiendo de aquí, para dar sentido a esta categoría competencial, es necesario hacerse la pregunta de qué debe investigar el PEPSEE, teniendo en cuenta las dos disciplinas en cuestión (sanitaria y pedagógica).

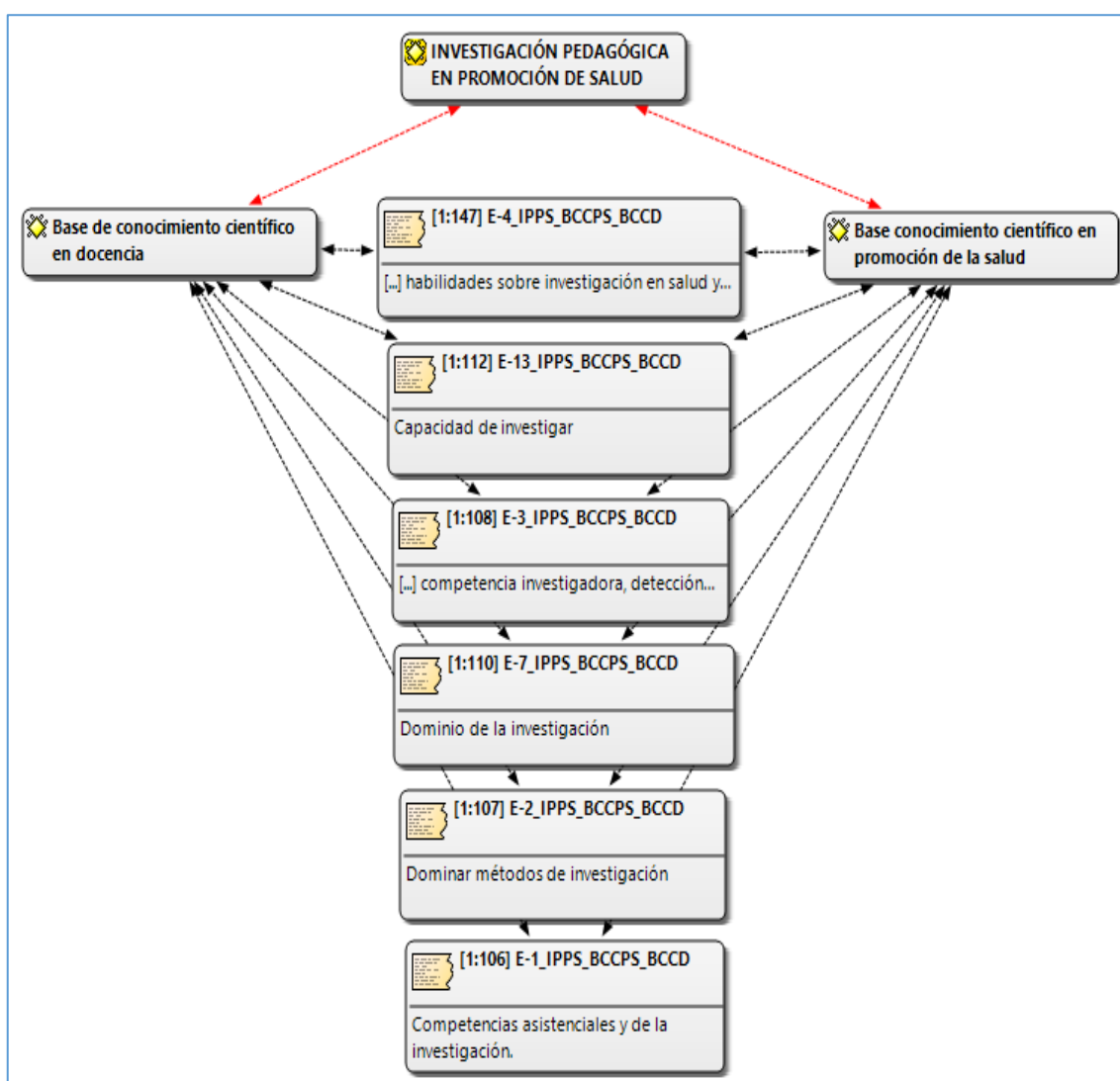


Fig. 30. Resumen de respuestas sobre investigación pedagógica en promoción de salud. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Desde el punto de vista sanitario, se podría afirmar que es necesaria la investigación y actualización constante en salud y promoción de salud en la escuela con objeto de

conocer aquellas condiciones y factores que favorecen el bienestar. Se trata de una búsqueda permanente de contenidos actualizados sobre hábitos de vida y condición de salud de la población, especialmente en la etapa infantil y adolescente, determinantes y factores asociados a esta condición; así como de políticas y programas más eficaces de promoción de salud en la escuela y propuestas para ponerlos en práctica. Desde el punto de vista pedagógico, se trata de ir redefiniéndose en la docencia en base a unas líneas pedagógicas innovadoras, con estrategias y métodos, así como materiales y recursos docentes actualizados y adaptados al complejo y cambiante entorno escolar.

Y así, fusionando estas dos vertientes investigativas para llevar a cabo promoción de salud en el entorno escolar, se puede concluir que el PEPSEE debe estar actualizado en contenidos tanto de docencia como de promoción de salud, desarrollando, por tanto, la competencia en investigación pedagógica en promoción de salud. Sólo de esta manera, se puede obtener una base científica fundamentada que, no sólo facilita su labor en la consecución de objetivos de salud, sino que demuestra cómo su papel mediador en salud contribuye al bienestar de los alumnos y del resto de la comunidad educativa, justificando así su intervención dentro de dicho entorno.

COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA.

Las TIC se han convertido en aliados inigualables para la innovación en la educación, transformando el significado de ésta. La capacidad del PEPSEE para explorar, para analizar, para innovar y construir el conocimiento a través de la integración de nuevos recursos tecnológicos; es lo que verdaderamente ha dado fundamento a esta categoría competencial, siendo objeto de atención de los expertos consultados. A continuación, en la siguiente tabla se muestra un resumen de las propiedades analizadas dispuestas en subcategorías (Tabla 28).

Tabla 28. Categoría Competencia digital e innovación pedagógica. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
COMPETENCIA DIGITAL E	Capacidad digital	Referido a la capacidad digital del PEPSEE para desarrollar su actividad con el uso de las TIC en las diferentes áreas	CDEIP_CD

INNOVACIÓN PEDAGÓGICA ↓ Saber hacer		de actuación en la escuela (pedagógica-tecnológica, comunicativa y de gestión).	
	Capacidad de innovación	Implica capacidad creativa. Una manera innovadora de pensar en la educación.	CDEIP_CI

La opinión de los expertos ha estado enfocada especialmente a la importancia de desarrollar las habilidades digitales para llevar a cabo la acción promotora de salud en la escuela, así como estar abierto a la innovación y creación de nuevas ideas (Fig. 31).

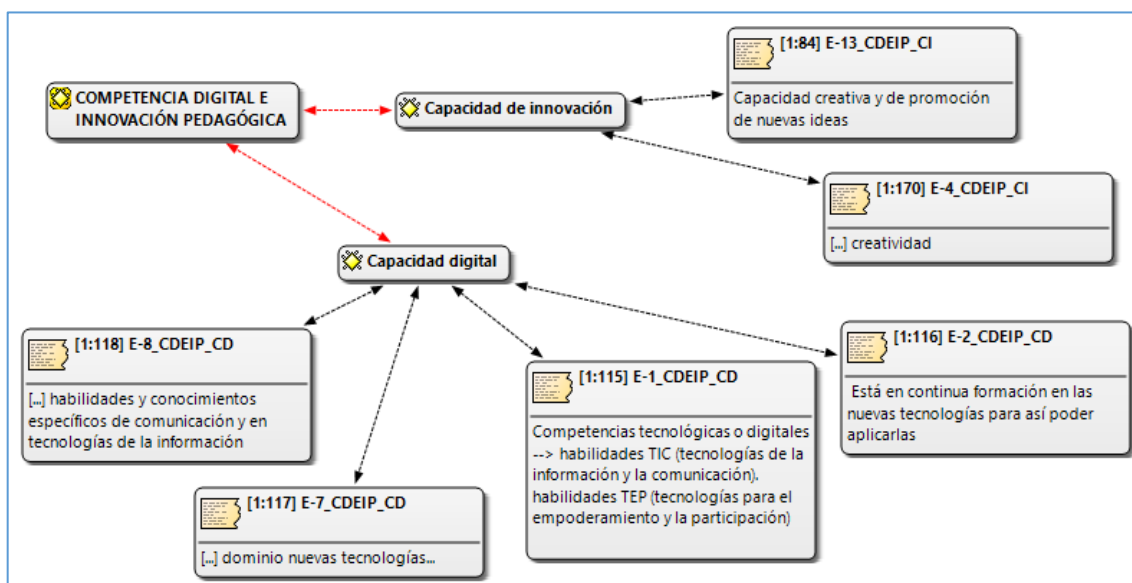


Fig. 31. Resumen de respuestas sobre la competencia digital e innovación pedagógica. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Ahora bien, para dar un sentido a esta categoría competencial atendiendo al papel del PEPSEE, cabe referirse precisamente a las diversas áreas de actuación en las que es posible el desarrollo de la innovación educativa y uso de las TIC tales como la pedagógica-tecnológica, comunicativa, investigativa y gestión (Campo, Segovia, Martínez, Rendón & Calderón, 2013).


En lo que se respecta a la capacidad digital en el área pedagógica, implicaría habilidad del PEPSEE para seleccionar y utilizar toda variedad de herramientas tecnológicas en el contexto educativo, tales como dispositivos móviles, pizarras digitales, entre otros; y dominio de ambientes virtuales de aprendizaje en salud que respondan a las necesidades de la escuela, del alumnado y comunidad educativa. En el área de gestión,

implicaría la capacidad de proponer acciones para optimizar procesos educativos y de gestión escolar en la dimensión de salud integrando las TIC. Y en el área comunicativa, implicaría la capacidad para expresarse y comunicarse con el alumnado y la comunidad educativa, utilizando lenguajes propios de las TIC, tanto de forma sincrónica, como asincrónica; desarrollando, además, estrategias de trabajo colaborativo a partir de su participación en redes y comunidades educativas y de salud, con el uso de las TIC. En esta línea, merece la pena destacar también las TEP⁸⁹ (Tecnologías de Empoderamiento y Participación) dado que ha sido explicitado por uno de los expertos (véase [1:115] E-1_CDEIP_CD, Fig. 31), a través de las cuales se favorecería un posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela. Por lo que se hace necesario el dominio de aquellas redes que pueden ser utilizadas como TEP en este ámbito (Facebook, Twitter, entre otras).

COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO.

El liderazgo educativo es uno de los predictores determinantes en la dimensión pedagógica. Si bien es cierto que sólo han sido tres los expertos que han hecho alusión al concepto de líder, éste merece especial atención, entendiendo que, a través de un liderazgo propio, el PEPSEE puede convertirse en instrumento clave para la mejora de la promoción de salud en la escuela. Se resume a continuación la tabla para esta categoría (Tabla 29).

Tabla 29. Categoría Coordinación y liderazgo educativo. Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO  Poder hacer y Saber hacer	Liderazgo directo	Referido al liderazgo directo del PEPSEE en el aula, centrado en mejorar el aprendizaje de los alumnos y del resto de la comunidad educativa en términos de salud.	CYLE_LD
	Liderazgo indirecto	Referido al ejercicio de liderazgo indirecto del aprendizaje en salud, coordinando intervenciones de promoción de salud consensuadas.	CYLE_LI

⁸⁹ Este término implica la participación del individuo por medio de las tecnologías en el desarrollo económico, cultural, político, social o de cualquier otra esfera de la sociedad, generando de esta forma una especie de empoderamiento y concienciación de su posición en la sociedad (Fernández, 2016).

Analizando la opinión de los tres expertos, se observa que éstos se han referido a ello atendiendo a la dimensión del “poder hacer”, sugiriendo aspectos relacionados con el control y capacidad de acción en la escuela, tanto en el marco de salud como en la escuela (Fig. 32).

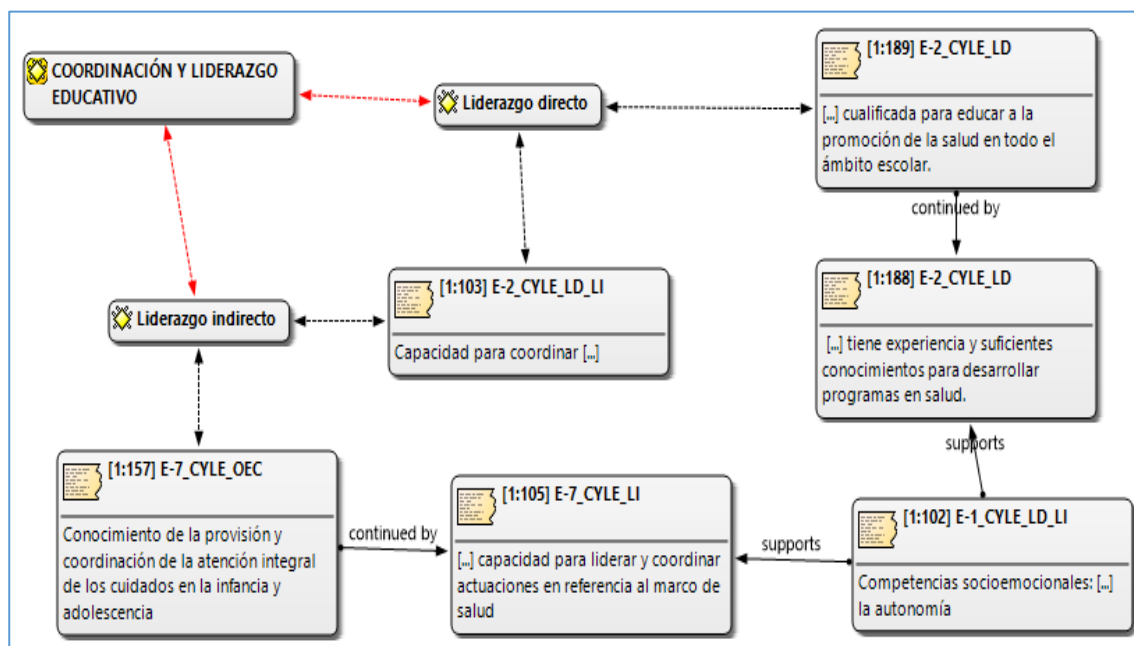


Fig. 32. Resumen de respuestas sobre la categoría de liderazgo educativo. Elaboración propia a partir del análisis con ATLAS-TI

Sin embargo, para dar sentido a estas respuestas, es necesario preguntarse qué tipo de liderazgo debe ejercer el PEPSEE, así como los elementos que se desprenden de ello. El liderazgo educativo se puede ejercer en diferentes dimensiones. Por un lado, su esencia está en el propio proceso pedagógico que desarrolla el docente que es líder, hasta lograr que los estudiantes también sean líderes de su propio aprendizaje. Por otro lado, implica una visión crítica, así como habilidad y conocimientos necesarios para crear y facilitar espacios para la participación y el cambio a través de su influencia sobre otras personas o características de su organización (Monge, 2003). Desde esta perspectiva, se puede afirmar que el PEPSEE debe poder ejercer el liderazgo de forma directa en el aula con objeto de aumentar la calidad del aprendizaje de sus alumnos en salud; pero también de forma indirecta preparando el entorno, colaborando con el resto del equipo en la planificación, coordinación y evaluación de la enseñanza, intercambiando opiniones y transformando el currículum en lo que respecta a la promoción de salud; en los diferentes niveles y etapas educativas, generando las

condiciones óptimas para el aprendizaje en salud. Se deduce de ello la importancia de actuar con autonomía en las decisiones referentes a la dimensión de salud en la escuela, tanto en el ejercicio del liderazgo directo como indirecto. Este elemento ha sido aludido por uno de los expertos (véase [1:102] E-1_CYLE_LD_LI, Fig.32).

Una vez procesadas y analizadas las respuestas de la primera ronda se han obtenido 9 rasgos definitorios y 84 elementos competenciales los cuales han sido determinantes para la elaboración del cuestionario de la segunda ronda. Se ha optado por desglosar todo lo posible dichos elementos pertenecientes a una misma subcategoría con objeto de obtener una valoración experta más precisa de los elementos referidos y para ajustarse a la extensión media recomendable (menos de 25 palabras), lo cual está demostrado que interfiere en la respuesta de los participantes de cada elemento en la siguiente iteración. Se presenta a continuación el listado preliminar resultante de esta ronda (Tabla 30).

Tabla 30. Rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE. Listado preliminar primera ronda.

RASGOS DEFINITORIOS DEL PEPSEE
<p>Es un mediador activo del aprendizaje del alumno, integrado en el entorno escolar. Estimula la iniciativa del alumno para que desarrolle su potencial y construya su propio conocimiento. Estimula acciones de salud con el alumno y/o comunidad a través de la relación interdisciplinar. Guía al alumno en la toma de decisiones responsables de salud en beneficio individual y comunitario. Posee conocimientos y habilidades para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces. Domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica. Posee "el saber" propio de la profesión enfermera. Adquiere el compromiso de educar y se concibe como parte del proceso educativo integral Desarrolla valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera</p>
COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PEPSEE
<p>1. CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA</p> <p>Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar. Conocimiento de normas teóricas para un aprendizaje significativo en salud. Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza. Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje). Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud. Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional). Conocimiento de la estructura de la profesión docente. Conocimiento del currículum educativo (integración de la promoción de salud).</p>
<p>2. COMPETENCIA INTERPERSONAL Y TRABAJO EN EQUIPO</p> <p>Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud. Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar. Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad.</p>

<p>Considerar los conflictos como oportunidad de aprendizaje. Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y comunidad Establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes. Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro. Flexibilidad en la aplicación de procedimientos colaborativos y actitud proactiva. Autocontrol en situaciones estresante con el equipo, desarrollando inteligencia emocional. Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo positiva.</p>
<p>3. HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA</p> <p>Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de alumnos y comunidad escolar. Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes). Desarrollar procesos educativos de promoción de salud ajustados a la realidad escolar. Atender a las diferencias individuales y de grupo. Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud. Negociar con el alumno el aprendizaje significativo que ha de obtenerse. Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados. Establecer conexiones entre los conocimientos previos y los que se van adquiriendo. Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud a enseñar. Carácter flexible y adaptación al progreso de los alumnos. Seleccionar estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados. Dinamización a través de la palabra y retroalimentación constante. Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo. Utilizar materiales y recursos didácticos adecuados. Evaluación de proceso y resultados de aprendizaje del alumno, reajustando la acción pedagógica. Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente. Propiciar que el alumno valore su propio aprendizaje. Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo.</p>
<p>4. COMUNICACIÓN EDUCATIVA</p> <p>Acción discursiva coherente y motivadora Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al nivel del alumno. Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos. Mantener diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta. Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición. Usar elementos propios del lenguaje no verbal (gestos, miradas...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza. Actitud comunicativa conciliadora y armónica con los alumnos, basada en los acuerdos. Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos.</p>
<p>5. ACTITUD DOCENTE COMPETENTE</p> <p>Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos. Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud. Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica Actitud constructiva y positiva hacia el aprendizaje en salud. Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa. Disposición de compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa. Actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación. Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica.</p>
<p>6. VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENSIÓN ÉTICA</p> <p>Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente. Reconocimiento interno de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa. Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente. Autorreflexión y autovaloración sobre la propia acción pedagógica. Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad. Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud.</p>

Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente.
<p>7. INVESTIGACIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD</p> <p>Actualización constante en contenidos de salud Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como los factores asociados a dicho estado. Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela. Actualización continua en docencia, redefiniéndose en base a líneas pedagógicas innovadoras. Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante.</p>
<p>8. COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA</p> <p>Utilizar herramientas tecnológicas en el contexto educativo (dispositivos móviles, pizarra digital...).</p> <p>Dominio de ambientes virtuales de aprendizaje en salud.</p> <p>Comunicación sincrónica (intercambio de información por Internet en tiempo real) y asincrónica utilizando el lenguaje propio de las TIC.</p> <p>Participación en redes y comunidades educativas y de salud a través de las TIC</p> <p>Dominio y participación en redes utilizadas como TEP (Tecnologías de Empoderamiento y Participación) para el posicionamiento enfermero en la promoción de salud en la escuela.</p> <p>Participación en acciones optimizadoras de los procesos educativos y de gestión escolar integrando las TIC.</p> <p>Capacidad para planificar, administrar y evaluar los procesos educativos de salud utilizando las TIC.</p> <p>Capacidad creativa y de innovación.</p>
<p>9. COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO</p> <p>Liderar el proceso de enseñanza en el aula, guiando al alumno en la consecución de las metas educativas en salud.</p> <p>Crear condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje.</p> <p>Impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza en salud, y participar de éstas.</p> <p>Liderar el cambio en lo que respecta a la experimentación de ideas promotoras de salud en la escuela.</p> <p>Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud.</p> <p>Coordinar intervenciones de promoción de salud consensuadas.</p> <p>Promover espacios de participación para la creación de intervenciones promotoras de salud.</p> <p>Generar condiciones de colaboración con el profesorado y comunidad de forma constante y prolongada.</p> <p>Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud.</p> <p>Cambiar las condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en salud.</p> <p>Autonomía para tomar decisiones en relación con el currículum educativo y acciones promotoras de salud.</p> <p>Actuar en conciencia profesional reforzando la cultura de promoción de la salud en el centro escolar.</p>

7.2. Segunda ronda

La segunda iteración tuvo lugar entre los meses de enero y febrero de 2017. De las 14 personas que conformaban el panel en la primera ronda, prosiguieron en esta segunda ronda el 100%, por lo que no se perdió a ningún participante, lográndose 1.504 respuestas en total.

Los datos cuantitativos obtenidos de las preguntas valuativas se han analizado a través de procedimientos estadísticos propios a esta tipología de preguntas, utilizándose medidas de tendencia central y de dispersión. Dicho análisis se ha realizado siguiendo las recomendaciones de Landeta (2002) en función de tres indicadores: el grado de acuerdo en lo que respecta a la relevancia de cada ítem; el nivel de consenso alcanzado en la respuesta grupal; y el grado de conformidad de los expertos con los ítems, respecto de su opinión expresada en la ronda anterior. De forma simultánea, se ha llevado a cabo el análisis de la información cualitativa de los ítems en los que algún experto expresó su opinión abierta, comparando estos datos con la información numérica obtenida en la escala de valoración. Esto ha servido fundamentalmente para tomar decisiones en lo que respecta a dichos ítems: bien para eliminarlos definitivamente del cuestionario o bien para su reformulación en una ronda posterior, afianzando así el análisis global.

Para distinguir tanto las respuestas numéricas como las observaciones de los participantes sobre un determinado ítem se ha utilizado la inicial “E” junto con un número asignado a cada experto, cuyo orden quedó definido en la primera ronda según el momento de su participación. Asimismo, para las citas de los expertos se han añadido algunas palabras clave del ítem referido por ser de fácil aplicación para identificarlas, quedando codificadas estas aportaciones de la siguiente manera:

E_7_conocimiento_centro_escolar: Experto número 7; refiriéndose al ítem “Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional)”.

Para redactar los resultados se ha tenido en cuenta las categorías y subcategorías determinadas en la primera ronda. Y para facilitar la comprensión de los elementos analizados se han utilizado tablas resumen extraídas del programa informático SPSS Statistics 24 en las que se ha sintetizado la información a partir de los indicadores de análisis referidos: acuerdo, consenso y conformidad. Se describen a continuación los criterios considerados para el análisis en base a estos indicadores.

► **Grado de acuerdo.**

Para determinar el grado de acuerdo en lo que respecta a la relevancia de cada ítem se ha realizado el cálculo de la media aritmética (\bar{X}) de los valores asignados a cada ítem

en todas las respuestas, reordenándolos en función de los valores medios obtenidos. También se ha llevado a cabo el cálculo de la Mediana y la Moda. Esto ha servido principalmente para obtener una perspectiva global del conjunto del panel y también una visión particular de la distribución de frecuencias, permitiendo conocer los elementos mejor valorados por los expertos, y con qué puntuación se ha obtenido esta valoración.

Cabe exponer que las puntuaciones medias para todo el cuestionario han sido altas en general, obteniéndose un promedio de 4,52 de todo el panel de respuestas y una Moda y Mediana de 5. Así, atendiendo a esta distribución positiva de puntuaciones otorgadas al conjunto de los ítems, y para acotar la información y poder medir con más precisión cuáles han sido los elementos valorados como más relevantes por el panel de expertos, se ha optado por asignar un valor representativo para el conjunto de los ítems ordenados, a partir del cual se establece el rango de acuerdo, clasificándose en –bajo, moderado o alto–.

Para ello, se ha obtenido el recorrido de la distribución con los valores extremos que ha tomado la Media, calculando la diferencia entre el valor más pequeño (Mínimo= 3,71) y el valor mayor (Máximo= 4,93), consiguiendo como resultado 1,22. A partir de aquí, dicho valor se ha dividido entre el número de intervalos que se buscaba formar, es decir, tres (bajo, moderado, alto), obteniendo de esta forma, la amplitud de cada uno de los intervalos (0,40). Esto ha permitido obtener un acercamiento más justo y real a la opinión del conjunto del panel. En la siguiente tabla (Tabla 31.) se muestra cómo han quedado los criterios de análisis de estos estadísticos.

Tabla 31. Criterios de acuerdo en lo que respecta a la relevancia de cada ítem. Elaboración propia

Intervalos de la Media aritmética	Grado de acuerdo
\bar{X} = 3,71-4,11	Bajo
\bar{X} = 4,12-4,51	Moderado
\bar{X} = 4,52-4,93	Alto

Si bien es cierto que este cálculo ha constituido un buen indicador de lo que piensan los expertos, esta puntuación por sí sola no ha sido el único criterio considerado.

► Grado de consenso

Para determinar el nivel de consenso en la respuesta grupal se han utilizado medidas de dispersión, optándose por el cálculo del coeficiente de variación (CV). El motivo por el que se ha escogido esta técnica ha sido la búsqueda de la mayor homogeneidad posible en los valores de la variable en cuestión. Desde esta perspectiva, el coeficiente de variación, según Landeta (2002), ofrece mayor exactitud que la desviación estándar al tener en cuenta la media.

A partir de aquí, no existen directrices únicas sobre las reglas a seguir para alcanzar un nivel de consenso (Keeney, Hasson & McKenna, 2006), así que éste ha sido establecido siguiendo los mismos criterios utilizados para el grado de acuerdo. Teniendo en cuenta que el valor Máximo para el coeficiente de variación es de 0,32 y el Mínimo de 0,05; el recorrido obtenido ha sido de 0,27. Este valor ha permitido una vez más, calcular la Amplitud (0,09) de los tres intervalos escogidos (bajo, moderado, alto), quedando los criterios de consenso instituidos de la siguiente manera: todos aquellos ítems cuyo coeficiente de variación es de 0,13 o menor, alcanzan un consenso alto de grupo; y por el contrario, aquellos ítems cuyo coeficiente de variación es mayor a 0,23 obtienen un grado de consenso bajo. El intervalo que se queda entre los dos equivale al moderado consenso. En la siguiente tabla se reflejan estos criterios más detalladamente (Tabla 32).

Tabla 32. Criterios de consenso establecidos para la opinión del grupo acerca del nivel de consenso. Elaboración propia

Intervalos Coeficiente de variación	Grado de consenso
CV= 0,23-0,32	Bajo
CV= 0,14-0,22	Moderado
CV= 0,05-0,13	Alto

► Grado de conformidad

Por otro lado, para ambas partes del cuestionario, se ha incluido una pregunta más por cada bloque con objeto de determinar el grado de conformidad de los expertos con los ítems, respecto de su opinión expresada en la ronda anterior, definiéndose la escala de

respuestas en: Totalmente en desacuerdo; En desacuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; De acuerdo; Totalmente de acuerdo.

Para determinar el grado de conformidad por parte del grupo, se ha optado por fijar como criterio único que las dos categorías “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” reciban al menos el 75% de las respuestas. Así, cuando esto sucede, el grado de conformidad es alto. Cualquier otro resultado, se considera bajo grado de aprobación del grupo, y constituiría un criterio más para tener en cuenta en el análisis y reformulación de los ítems del bloque en cuestión. No haber alcanzado el grado mínimo de conformidad del grupo respecto de la opinión referida en la ronda anterior lleva a pensar que los ítems no han sido bien entendidos o no han expresado completamente lo que el grupo quiso opinar en la primera ronda. Por este motivo se requiere de revisión y reformulación en la tercera iteración de los ítems que componen esta categoría competencial. En la siguiente tabla se reflejan estos criterios detalladamente (Tabla 33).

Tabla 33. *Criterios de conformidad establecidos sobre la opinión experta expresada en la ronda anterior. Elaboración propia.*

Porcentaje de respuestas “de acuerdo” + “totalmente de acuerdo”	Grado de conformidad
≥ 75% de las respuestas	Alto
Cualquier otro resultado	Bajo

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos de forma desglosada, tomando como base los criterios referidos.

7.2.1. Primera pregunta. Rasgos definitorios

En lo que respecta a la definición del PEPSEE, en general ha habido una buena valoración por parte del grupo, otorgando puntuaciones altas a las variables, cuyas medidas de tendencia central oscilan entre el 4 (bastante relevante) y el 5 (muy relevante). Esto hace pensar que se ha conseguido extraer los elementos más significativos del análisis de la primera ronda para esta primera pregunta. A continuación, se muestra una tabla resumen con los resultados obtenidos (Tabla 34).

Tabla 35. Grado de conformidad respecto de los rasgos definitorios del PEPSE.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	6	42,9
	De acuerdo	6	42,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	7,1
	Totalmente en desacuerdo	1	7,1
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24.

Tomando como base las categorías del rol educador, visión integral del educando y enfoque integrador de la acción determinadas en la primera ronda, se puede observar que los elementos mejor valorados por la opinión experta vuelven a coincidir en esta segunda ronda con aquellos incluidos en la categoría de rol educador, de la que también se extrajo el mayor número de unidades de significado en la primera ronda. Así, poseer conocimientos y habilidades para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces, ha sido sin duda, el elemento más relevante para el grupo, siendo puntuado por 12 de los 14 expertos con la máxima puntuación; obteniendo, además, un consenso elevado de grupo ($\bar{X}=4,79$; $CV= 0,12$). Este hallazgo confirma que la capacitación pedagógica es altamente considerada.

Por otro lado, adquirir el compromiso de educar y sentirse parte del proceso educativo integral, como elemento implicado en la categoría del rol educador y de visión integral del educando respectivamente, también resultó ser uno de los ítems más valorados por el panel de expertos para la definición del PEPSEE ($\bar{X}=4,69$) con un alto grado de homogeneidad en los valores de la variable, lo que significa un consenso alto ($CV=0,13$). Por este motivo se decide replantear dicho ítem en la tercera iteración para ajustar la opinión experta respecto de las categorías referidas, explicitando la perspectiva holística del individuo y la longitudinalidad de la intervención educativa como ítem independiente.

El desarrollo de valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera, ha obtenido una valoración más moderada de acuerdo y consenso ($\bar{X}=4,29$; $CV=0,17$). Tal vez, esta decisión podría haber venido motivada por el carácter eminentemente pedagógico que adquiere dicho ítem. Y es que, al analizar el elemento teniendo en cuenta la categoría profesional de los expertos, se observa una Mediana y Moda de 5 para aquellas

respuestas de los que tienen una titulación en Pedagogía, respecto de la Mediana y Moda de 4, del resto del grupo. En cualquier caso, al haber obtenido una consideración global moderada, dicho ítem se vuelve a someter a juicio en una tercera iteración, con objeto de descartarlo o admitirlo definitivamente.

La función de guiar al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud, ha sido puntuada por 9 de los 14 expertos como “muy relevante”, y por los cinco restantes como “bastante relevante”, obtenido una \bar{X} de 4,64 en la respuesta de grupo, y CV de 0,11, obteniendo el grado de consenso más alto para esta primera pregunta (CV= 0,11). Además, uno de los panelistas (E_7) puntualiza en esta característica de forma abierta en el apartado de observaciones, lo que hace que este elemento sea tenido en cuenta más específicamente.

E7_Guía_al_alumno: “El/la enfermero/a que hace promoción de la salud acompaña en la transformación de la adquisición del nivel de salud”.

Otro de los elementos destacados como relevantes ha sido “el saber” propio de la profesión enfermera, no obstante, con este ítem se han obtenido las respuestas más polarizadas y discordantes para este bloque. Así, 10 de los 14 expertos lo han puntuado como característica muy relevante ($\bar{X}=4,57$), pero también ha sido el único elemento valorado por uno de los expertos como poco relevante, lo que hace que el grado de consenso obteniendo sea más moderado (CV=0,19). Este resultado podría deberse al surgimiento de dudas en cuanto a que los conocimientos adquiridos a través de la formación teórico-práctica básica y propia de la profesión enfermera, sea suficiente para llevar a cabo la promoción de salud en el entorno escolar. Así pues, al tratarse de un rasgo considerado relevante, dicho ítem se somete a una tercera iteración con objeto de comprobar si definitivamente alcanza el consenso; se decide, además, redefinir este ítem para la tercera ronda con objeto de evitar posibles dudas en la interpretación del “saber” enfermero.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la educación para la salud se ha ido enfocando gradualmente hacia el empoderamiento, sorprende que este concepto —entendido en el cuestionario como la capacidad de estimular la iniciativa del alumno para que desarrolle su potencial y construya su conocimiento— haya obtenido un grado moderado de relevancia ($\bar{X}=4,43$). Tal vez, el hecho de que no se haya incluido la salud

en este término de empoderamiento ha motivado este parco resultado. El grado de consenso alcanzado ha sido también moderado para este elemento, lo que lleva a reformularlo y ser sometido a una tercera iteración.

El dominio de estrategias didácticas basadas en la evidencia científica para lograr los objetivos de aprendizaje ha sido una de las características que ha obtenido puntuaciones más moderadas en cuanto a relevancia se refiere ($\bar{X}=4,14$), con el grado de consenso más pequeño para esta primera pregunta ($CV=0,23$). Éste ítem tiene un carácter esencialmente pedagógico, lo que podría haber motivado tal juicio. No obstante, se decide que dicho elemento se someta a una tercera iteración reformulado, con objeto de comprobar si finalmente es incluido en el listado definitivo.

Para la categoría de enfoque integrador de la acción, la interdisciplinariedad, como método de mediación pedagógica, ha sido menos valorada en lo que respecta a su importancia para la definición del PEPSEE ($\bar{X}= 4,50$), alcanzando esta decisión, un grado de consenso también moderado ($CV=0,14$), motivo por el que este elemento vuelve a ser sometido a una tercera iteración junto con los anteriores ítems. De igual modo surge también la integración del profesional en el entorno escolar ($\bar{X}=4,36$), con un grado de consenso moderado ($CV=0,17$). Teniendo en cuenta que la continuidad de la acción promotora de salud ha sido considerada como elemento clave para el éxito de la promoción y educación para la salud en la escuela; y que además este elemento ha sido aludido explícitamente por uno de los expertos de forma individualizada (E_9), una valoración moderada hace pensar que el ítem en cuestión probablemente no ha sido entendido, por lo que se decide su reformulación en la tercera iteración.

E_9_Mediador_integrado_centro: "El profesional de enfermería ha de ser el referente de salud tanto para el alumno como para el profesorado. Para ser parte del proceso educativo integral, tendría que ser un profesional que fuera partícipe del claustro, y estuviera en el colegio bastantes horas dentro de la jornada laboral".

7.2.2. Segunda pregunta. Competencias pedagógicas

CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA.

Esta categoría competencial ha quedado distribuida en dos subcategorías en la primera ronda: conocimientos propios de salud inherentes a la profesión enfermera; y otros elementos de conocimiento específicos de la disciplina pedagógica. En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos (Tabla.36).

Tabla.36. Resumen de valoración referente a la categoría competencial “Conocimiento. base para la enseñanza de salud en la escuela”.

		Media	CV	Mediana	5,0	Moda	5	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14		
Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela	Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje).	4,86	,07	5,0	5,0	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	
	Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza.	4,71	,10	5,0	5,0	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	
	Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud.	4,64	,11	5,0	5,0	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5
	Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar.	4,64	,16	5,0	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	3	5	5
	Conocimiento del currículum educativo (integración de la promoción de salud).	4,57	,17	5,0	5,0	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	3	5	5
	Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional).	4,50	,14	5,0	5,0	5	4	4	5	5	5	5	5	5	3	4	4	4	5	5	4	5	5
	Conocimiento de la estructura de la profesión docente.	4,29	,19	4,5	4,5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	4	4	3	4	5	3	5	5	5
	Conocimiento de normas teóricas para un aprendizaje significativo en salud.	4,43	,21	5,0	5,0	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	5	5

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Según los resultados, la primera de las subcategorías —referida a los conocimientos propios de salud inherentes a la disciplina enfermera— ha sido altamente valorada por el grupo, siendo considerado el conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar, como muy relevante por 11 de los 14 expertos. La media obtenida para este caso ha sido 4,64, aunque con un grado de consenso moderado ($CV=0,16$). Esto concuerda con los datos extraídos de la primera ronda, en que este elemento ya era uno de los más destacados por el grupo (señalado por 7 de los 14 expertos).

En la subcategoría referida a otros elementos del conocimiento abordados, cabe destacar que, en general todos los ítems han obtenido buenas puntuaciones, especialmente los referidos al conocimiento de las características particulares de los alumnos en lo que respecta a su capacidad y dificultades de aprendizaje, que ha derivado en una media de 4,86 y el consenso más alto para este bloque ($CV=0,07$). En este caso, 12 de los 14 expertos lo han valorado con la máxima puntuación. Muy de cerca sigue la valoración del conocimiento contextual comunitario, esto es, de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza, condicionantes sociales y culturales específicos que pueden influir en la acción promotora de salud, con una Media de respuestas de 4,71 y un consenso también alto ($CV=0,10$), y el conocimiento de los intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud con una Media de 4,64 y un consenso $CV=0,11$. Como se observa, el conocimiento de las personas y entorno donde se lleva a cabo la acción promotora de salud ha adquirido una especial consideración por el grupo, tal vez motivada porque la persona y el entorno constituyen también la base del pensamiento actual de la profesión de enfermería, guiando su actuación.

El conocimiento del currículum educativo (las finalidades, objetivos y valores educativos) y cómo se integra la promoción de la salud en éste, ha sido un elemento bien valorado por el grupo con una Media de 4,57, no obstante, la polaridad de las respuestas ($CV=0,17$) que confieren a dicho ítem un grado de consenso más moderado, hace pensar que no ha quedado claro lo que se pretendía expresar, por lo que se procede a su reformulación para la tercera iteración.

Por otro lado, en lo que respecta al conocimiento del centro escolar, organización y estructura funcional del centro, el grupo de expertos llega a un acuerdo moderado en lo

que respecta a su relevancia ($\bar{X}=4,50$), alcanzando un grado de consenso también moderado ($CV=0,14$). Este resultado, con toda probabilidad ha venido motivado porque dicho ítem está particularmente vinculado a la profesión docente. Sin embargo, cabe hacer mención aquí de una de las observaciones realizada por uno de los expertos (E_9) en la que alude al conocimiento de recursos externos, que bien podría incluirse en esta subcategoría. Sin duda, dicha aportación otorga una mayor importancia al ítem en cuestión, y se tiene en cuenta para la reformulación del mismo en la tercera iteración.

E-9_conocimiento_centro_escolar: "Conocimientos sobre los recursos externos que participan en el colegio. Conocimiento sobre las unidades educativas especiales y de integración".

Una valoración más frugal ha alcanzado la estructura de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar), que ha obtenido las puntuaciones moderadas más bajas del panel para esta categoría competencial ($\bar{X}=4,29$), tal vez porque este elemento ha sido entendido como parte del conocimiento estructural y funcional del centro escolar. Dicho esto, también se procede a su reformulación en la tercera iteración.

El conocimiento de las normas teóricas y procedimientos que garantizan un aprendizaje significativo en salud, ha obtenido un grado de relevancia moderado ($\bar{X}=4,43$), sin embargo, ha sido el elemento que ha obtenido la opinión más polarizada para esta categoría competencial con un $CV=0,21$. Este resultado, al igual que sucedía con la subcategoría de conocimiento del currículum, sugiere que no ha sido bien entendido dicho ítem y requiere de aclaración en la tercera iteración, con objeto de comprobar si finalmente es aceptado para el listado definitivo de competencias.

Y, por último, en lo que respecta al grado de conformidad o aprobación, éste ha sido alto con un resultado de 85,7%. Así, 12 de los 14 expertos han escogido la opción "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo" a la pregunta de si los elementos para esta categoría reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda (Tabla 37). Esto sugiere que los ítems seleccionados para esta categoría competencial han sido acertados para esta investigación.

Tabla 37. Grado de conformidad respecto de la categoría “Conoc. base para la enseñanza de salud en la escuela”.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	4	28,6
	De acuerdo	8	57,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	14,3
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

COMPETENCIA INTERPERSONAL Y TRABAJO EN EQUIPO.

Partiendo del análisis de la primera ronda, esta categoría competencial ha quedado distribuida en las siguientes subcategorías: trabajo interdisciplinar; habilidades de relación interpersonal; manejo de conflictos; adecuación al equipo. En base a esto, los resultados de la segunda ronda se reflejan a continuación (Tabla 38).

Tabla 38. Resumen de valoración referente a la categoría “Competencia interpersonal y trabajo en equipo”

		Media	CV	Mediana	Moda	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14	
Competencia interpersonal y trabajo en equipo	Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad.	4,86	,07	5,0	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	
	Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar.	4,64	,14	5,0	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5	4	5	5	
	Establecer dialogo pedagógico sobre intereses comunes.	4,62	,14	5,0	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5
	Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud.	4,57	,14	5,0	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5	4	4	5	5
	Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo positiva.	4,54	,15	5,0	5	5	4	5	5	5	3	0	5	5	5	4	4	4	4	5
	Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y comunidad.	4,50	,14	5,0	5	5	4	5	5	5	3	5	5	4	4	5	4	4	4	5

Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro.	Media	4,50	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	4	5	5	3	4	5	5	4	4	5	5	5
Flexibilidad en la aplicación de procedimientos colaborativos y actitud proactiva.	Media	4,36	CV	,15	Mediana	4,0	Moda	4	4	5	5	5	5	3	4	5	4	4	4	4	4	5
Autocontrol en situaciones estresante con el equipo.	Media	4,36	CV	,19	Mediana	5,0	Moda	5	3	4	5	5	5	3	5	5	5	3	4	4	4	5
Considerar los conflictos como oportunidad de aprendizaje.	Media	4,29	CV	,17	Mediana	4,0	Moda	5	5	4	4	5	5	4	3	5	3	4	4	4	4	5

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24.

Los elementos referidos al trabajo interdisciplinar, es decir, la habilidad participativa en el equipo en lo que se refiere a la planificación y operativización de sus acciones promotoras de salud, colaborando y cooperando con el resto del equipo y/o comunidad educativa en el desarrollo de propuestas curriculares diversificadas que garanticen el mantenimiento de la salud escolar; han sido elementos altamente valorados en esta categoría competencial con puntuaciones medias similares de 4,57 y 4,64 respectivamente. Asimismo, han obtenido un alto consenso de grupo (CV=0,14 para ambos ítems). De igual forma se ha considerado a la capacidad para establecer un diálogo pedagógico sobre planteamientos e intereses comunes con una Media de 4,62 y un CV de 0,14. Estos resultados demuestran la importancia otorgada por el grupo a la reciprocidad entre las disciplinas para llevar a cabo acciones promotoras de salud en la escuela.

En lo que respecta a la subcategoría de habilidades de relación interpersonal, cabe destacar que la actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad ha sido la mejor valorada por el grupo, obteniendo la máxima puntuación en cuanto a relevancia por parte de 12 de los 14 expertos, con un valor de acuerdo medio de 4,86; y además un amplio consenso (CV=0,07). La adquisición de habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo positiva, han obtenido un grado de acuerdo en lo que respecta a su importancia también alto ($\bar{X}=4,54$), siendo considerada por 8 de los expertos como “muy relevante”. Se puede afirmar, por tanto, que el grupo de expertos otorga una alta importancia a las habilidades y comportamientos sociales que permiten al enfermero promotor de salud tener una mejor relación y comunicación con el equipo y el resto de la comunidad educativa. Con toda probabilidad esto es debido a

que la relación interpersonal constituye un elemento ya implícito en el cuidado enfermero.

En lo que se refiere al manejo de los conflictos derivados de la acción promotora de salud que se pueden dar dentro y fuera del centro escolar, se obtienen resultados moderados para los elementos aludidos. Así, considerar los conflictos como oportunidad de aprendizaje y la capacidad de negociación para llegar a acuerdos en la resolución de problemas con el equipo y la comunidad, obtienen un acuerdo medio de 4,29 y 4,50 respectivamente. Hay que mencionar aquí, que demostrar autocontrol y paciencia en situaciones estresantes con el equipo, ha obtenido el nivel de consenso más bajo para esta categoría competencial (CV=0,19), siendo, además, objeto de sugerencia por parte de uno de los participantes (E_1), que alude a la inteligencia emocional y a la concepción negativa del término autocontrol en el desarrollo de ésta, lo que lleva a un replanteamiento de este ítem en la tercera iteración.

E_1_autocontrol_situaciones_estresantes: "Pongo una alerta en cuanto al autocontrol en situaciones estresantes, la definición de la encuesta tiende a promover como algo positivo esta estrategia. Yo la considero negativa frente a la autogestión. En el desarrollo de la inteligencia emocional no es lo mismo el control que la gestión, el control es mucho menos saludable así que pongo en duda el marco de trabajo de esta pregunta en concreto".

En cuanto a la subcategoría de adecuación al equipo, la habilidad de adaptación a las diversas situaciones del proceso educativo, adaptando también los propios objetivos a los del equipo y centro; ha sido algo mejor considerado ($\bar{X}=4,50$) que la flexibilidad en la aplicación de procedimientos colaborativos, adaptando las tácticas educativas a las diferentes situaciones del centro; que ha alcanzado uno de los valores más bajos de acuerdo para esta categoría en lo que a relevancia se refiere ($\bar{X}=4,36$), con un grado de consenso moderado para ambos ítems (CV=0,14 y 0,15, respectivamente). Este resultado sugiere que dichos ítems deben ser sometidos a la tercera iteración con objeto de buscar una mayor contundencia en las respuestas, que lleven a aceptarlos o eliminarlos definitivamente de este estudio.

Para terminar, cabe reflejar que el grado de conformidad del grupo con respecto a la opinión expresada en la ronda anterior ha sido alto (84,6%), tal y como se puede

comprobar en la siguiente tabla (Tabla 39), lo cual significa que los ítems referidos en esta categoría han sido, en general, acertados y aprobados por el grupo.

Tabla 39. Grado de conformidad respecto de la categoría “Competencia interpersonal y trabajo en equipo”

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	4	30,8
	De acuerdo	7	53,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	15,4
	Total	13	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA.

Para esta categoría se han propuesto ítems correspondientes a las cuatro subcategorías en las que ha sido distribuida en la primera ronda, que reflejan en conjunto, las habilidades a desarrollar por el PEPSEE como buen mediador: valoración previa del proceso; organización y planificación; estrategia y método; evaluación.

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos para esta categoría competencial (Tabla 40).

Tabla 40. Resumen de valoración referente a la categoría de “Habilidades de mediación pedagógica”.

Habilidades de mediación pedagógica	Medio	CV	Mediana	Moda	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14	
Desarrollar procesos educativos de promoción de salud ajustados a la realidad escolar.	4,96	,07	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5
Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente.	4,96	,07	5,0	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5
Evaluación de proceso y resultados de aprendizaje del alumno, reajustando la acción pedagógica.	4,79	,12	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	5
Selección de estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados.	4,79	,09	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5
Atender a las diferencias individuales y de grupo.	4,64	,11	5,0	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5

Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo.	Medio	4,87	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	5	4	5	5	4	5
Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud.	Medio	4,87	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5
Utilizar materiales y recursos didácticos adecuados.	Medio	4,50	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	4	4	4	5
Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de alumnos y comunidad escolar.	Medio	4,50	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	3	5	5	5	4	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5
Establecer conexiones entre los conocimientos previos y los que se van adquiriendo.	Medio	4,48	CV	,16	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	3	4	5	5	5	4	5	4	4	5
Dinamización a través de la palabra y retroalimentación constante.	Medio	4,43	CV	,21	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	2	4	4	5	5	5
Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados.	Medio	4,43	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	3	4	4	5	3	5	4	4	5	5
Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo.	Medio	4,43	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	4	5	5	3	5	5	5	3	4	4	4	4	5
Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes).	Medio	4,43	CV	,16	Mediana	4,5	Moda	5	5	5	3	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	5
Propiciar que el alumno valore su propio aprendizaje.	Medio	4,43	CV	,16	Mediana	4,5	Moda	5	5	5	5	5	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Carácter flexible y adaptación al progreso de los alumnos.	Medio	4,38	CV	,16	Mediana	4,0	Moda	4	4	5	4	5	5	4	4	4	3	4	5	4	5	5	5
Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud a enseñar.	Medio	4,38	CV	,19	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	3	4	5	3	3	5	5	5	4	5
Negociar con el alumno el aprendizaje significativo que ha de obtenerse.	Medio	3,71	CV	,23	Mediana	4,0	Moda	3	4	3	5	5	4	3	3	3	3	3	5	4	5	4	5

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Comenzando por la subcategoría de valoración previa del proceso, se observa que uno de los elementos que los expertos han considerado como más relevantes, ha sido dar respuesta a las necesidades reales de formación de los educandos, desarrollando proyectos educativos de promoción de salud ajustados a la realidad escolar ($\bar{X}=4,86$), alcanzando además uno de los valores de más alto consenso para esta categoría en particular y para el cuestionario en general ($CV=0,07$). Tal vez esto venga motivado porque la mayor parte de los expertos desarrollan su labor profesional principalmente en el entorno escolar, siendo plenamente conscientes de esta realidad.

Otros elementos incluidos en esta subcategoría, tales como identificar necesidades previas de aprendizaje de salud de los alumnos y del resto de la comunidad educativa; habilidad para explorar sus potencialidades, indagando en sus conocimientos, habilidades y actitudes; han obtenido una puntuación más moderada en lo que se refiere a su relevancia ($\bar{X}=4,50$ y $\bar{X}=4,43$ respectivamente), con un grado de consenso similar, también moderado ($CV=0,14$ y $CV=0,15$ respectivamente). Este resultado lleva a someter dichos ítems a una tercera iteración con objeto de ajustar su auténtica relevancia según el grupo.

En lo que se refiere a la organización y planificación de las acciones educativas, que incluye elementos como la destreza para conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud a enseñar; y que requiere de un carácter flexible, respetando los ritmos de aprendizaje con capacidad de adaptación al progreso de los alumnos; se ha obtenido un acuerdo moderado por parte de los expertos ($\bar{X}=4,36$), con un nivel de consenso también moderado ($CV=0,19$ y $0,15$, respectivamente). En cambio, la capacidad de seleccionar estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados para alcanzar los objetivos educativos de salud ha sido uno de los elementos mejor valorados para esta categoría ($\bar{X}=4,79$; $CV=0,9$). Este resultado indica que el grupo reconoce la necesidad de desarrollar la capacidad técnica para formar del PEPSEE. De la misma forma, ítems tales como la capacidad para atender a las diferencias individuales y de grupo en el proceso de enseñanza-aprendizaje en salud, e identificar elementos de la acción educativa y/o entorno escolar que pueden influir positiva o negativamente en la salud; han sido bien valorados por el grupo, obteniendo un grado de acuerdo alto con valores medios de 4,64 y 4,57, respectivamente, y un consenso también alto ($CV=0,11$).

Le siguen de cerca los ítems referidos a la capacidad de desarrollar situaciones de aprendizaje en base a los conocimientos previos detectados ($\bar{X}=4,43$; $CV=0,17$), y capacidad para cotejar dichos conocimientos con los que se van adquiriendo, estableciendo conexiones entre ellos ($\bar{X}=4,46$; $CV=0,15$). La dinamización a través de la palabra y retroalimentación constante como estrategia educativa para mantener la atención y activar al grupo; las habilidades en técnicas grupales; y propiciar que el alumno valore su propio aprendizaje; obtienen un grado de acuerdo también moderado para esta categoría con puntuaciones medias similares de 4,43.

Con todo ello se deduce que el grupo valora la necesidad de que el PEPSEE adquiriera unas habilidades específicas para la enseñanza, además de tener un conocimiento avanzado en salud. Ahora bien, desde esta perspectiva en la que se observan pocas diferencias entre unos elementos y otros, la tercera iteración permitirá aclarar de qué manera se convierten los ítems referidos en elementos definitivos de esta categoría competencial. Mientras tanto, queda fuera de la siguiente iteración el elemento relacionado con la capacidad de negociar con el alumno el aprendizaje que éste debe obtener. Dicho ítem ha obtenido un bajo acuerdo y además un grado de consenso también bajo, por lo que se decide eliminarlo del listado definitivo ($\bar{X}=3,71$; $CV=0,31$).

La subcategoría de evaluación ha obtenido en general un alto grado de acuerdo en lo que respecta a su relevancia, así como un nivel de consenso elevado. La autocrítica y evaluación de la propia práctica docente ha sido el elemento mejor valorado junto con la capacidad de desarrollar procesos educativos de promoción de salud ajustados a la realidad escolar ($\bar{X}=4,86$; $CV=0,07$). Importancia similar se le ha otorgado a la evaluación de proceso y resultados del aprendizaje del alumno, reajustando si es preciso la acción pedagógica ($\bar{X}=4,79$; $CV=0,12$); y a la aceptación del error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo ($\bar{X}=4,57$; $CV=0,14$). Este resultado sugiere que el proceso evaluativo adquiere alta relevancia para el grupo de expertos en lo que respecta a las habilidades de mediación pedagógica, y como tal, debe ser tenido en cuenta en el listado definitivo de competencias siempre que se mantenga este resultado en la tercera iteración.

Por último, en lo que se refiere al grado de conformidad, éste ha sido alto también para esta categoría, ya que 12 de los 14 expertos han escogido la opción “Totalmente de acuerdo” o “de acuerdo”, constituyendo el 85,7% del total del grupo, tal y como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 41).

Tabla 41. Grado de conformidad respecto de la categoría “Habilidades de mediación pedagógica”.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	7	50,0
	De acuerdo	5	35,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	14,3
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

COMUNICACIÓN EDUCATIVA.

Esta categoría competencial ha sido en general bien valorada por el panel de expertos, obteniendo la mayoría de los ítems una Mediana y Moda de 5. A continuación, se muestra en la siguiente tabla los resultados referentes a los elementos que integran las dos subcategorías en que ha quedado distribuida la comunicación educativa: la referida a las habilidades del lenguaje verbal y no verbal; y la referida a las habilidades sociales comunicativas (Tabla 42).

Tabla 42. Resumen de valoración referente a la categoría “Comunicación educativa”.

					E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14		
Comunicación educativa	Mantener diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta.	Media	4,71	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	
	Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición.	Media	4,71	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5
	Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos.	Media	4,71	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
	Actitud comunicativa conciliadora y armónica con los alumnos, basada en los acuerdos.	Media	4,71	CV	,13	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5
	Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al nivel del alumno.	Media	4,64	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	3	5	5	5	4	5	5	4	5	5
	Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos.	Media	4,64	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	4	5	5	5	3	4	5	5	5	4
	Usar elementos propios del lenguaje no verbal (gestos, miradas...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza.	Media	4,64	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	4	5	5	5	3	5	4	5	5	5
	Acción discursiva coherente y motivadora.	Media	4,43	CV	,15	Mediana	4,5	Moda	5	5	4	5	5	3	4	4	4	4	5	4

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

En primer lugar, la necesidad de desarrollar una acción discursiva eficaz ha sido notablemente considerada por los panelistas. Es decir, habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio de la disciplina enfermera al nivel del alumno, adecuando el mensaje a los intereses y necesidades de éstos; y la capacidad de utilizar los gestos, las miradas, y otros elementos propios del lenguaje no verbal, como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza; han obtenido puntuaciones similares con un alto grado de acuerdo y de consenso ($\bar{X}=4,64$, $CV=0,14$). Igualmente, mantener un diálogo abierto y receptivo, utilizando un lenguaje aseverativo y expresivo, capaz de estimular intelectualmente, atraer y mantener la atención del alumno, evitando la autoridad e imposición; han sido de los elementos mejor valorados ($\bar{X}=4,71$), obteniendo, además, el alto consenso para esta categoría ($CV=0,10$). También destaca, aunque más frugalmente, la acción discursiva coherente y motivadora, que ha obtenido un grado de acuerdo y consenso moderado ($\bar{X}=4,43$; $CV=0,15$).

En lo que se refiere a las habilidades sociales comunicativas relacionadas con el saber estar: la actitud comunicativa armónica y conciliadora con los alumnos, afectiva y de cercanía; así como flexible y tolerante a la participación y actuaciones de éstos; tan necesaria como vehículo reforzador del vínculo interpersonal y confianza en la relación educativa; ha obtenido también un alto nivel de acuerdo con un valor de Media similar de 4,71, y un elevado nivel de consenso ($CV=0,13$ y $CV=0,10$, respectivamente).

Con este resultado se confirma la importancia que le otorga el grupo al aspecto comunicativo para el PEPSEE, que enfatiza en la necesidad de encontrar un estilo eficaz y utilizar las estrategias que mejor se adecúen al contexto, con objeto de facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje. Esto tal vez venga motivado porque la comunicación es otro de los aspectos importantes en la atención al individuo sano o enfermo inherente a la disciplina enfermera, puesto que a través de ésta se consolida la relación terapéutica. Desde esta perspectiva, el alto nivel de acuerdo y consenso alcanzado para los ítems propuestos sugiere que, con toda probabilidad, la mayor parte de los elementos referidos formarán parte del listado definitivo de competencias en esta categoría una vez sean sometidos a la tercera iteración.

Además, se ha obtenido también un alto grado de conformidad de grupo con respecto a la opinión expresada, alcanzando las respuestas más favorables 85,7% (Tabla 43).

Este resultado asegura que los elementos referidos al desarrollo del carácter comunicativo del PEPSEE han sido aprobados por el grupo.

Tabla 43. Grado de conformidad respecto de la categoría “Comunicación educativa”.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	5	35,7
	De acuerdo	7	50,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	14,3
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

ACTITUD DOCENTE COMPETENTE.

Se puede afirmar que los elementos incluidos en esta categoría competencial, centrada específicamente en la actitud pedagógica constructiva del profesional, ha obtenido las puntuaciones más altas del cuestionario, y un grado de consenso elevado, lo que hace pensar que el panel de expertos le da una importancia alta al “saber estar”, en comparación a otras dimensiones del saber.

Igualmente, el grado de conformidad con respecto de la opinión expresada en la primera ronda ha sido también alto, obteniéndose un 85,7% de respuestas favorables tal y como se puede ver en la siguiente tabla (Tabla 44).

Tabla 44. Grado de conformidad respecto de la categoría “Actitud docente competente”.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	7	50,0
	De acuerdo	5	35,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	14,3
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

A continuación, se explicitan los estadísticos resultantes de esta categoría (Tabla 45), donde se han incluido ítems relacionados con las tres subcategorías delimitadas en la primera ronda: disposición colaborativa, actitud tolerante y actitud proactiva.

Tabla 45. Resumen de valoración referente a la categoría de “Actitud docente competente”.

								E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14		
Actitud docente competente	Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa.	Media	4,93	CV	,05	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	
	Actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación.	Media	4,86	CV	,07	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	
	Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica.	Media	4,86	CV	,07	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	
	Actitud constructiva y positiva hacia el aprendizaje en salud.	Media	4,79	CV	,09	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	
	Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica	Media	4,79	CV	,12	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	
	Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud.	Media	4,71	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	
	Disposición de compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa.	Media	4,71	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	
	Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos.	Media	4,57	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Cabe señalar que la disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa ha sido el elemento mejor valorado por el grupo, obteniendo la puntuación más alta de esta categoría y de todo el cuestionario ($\bar{X}=4,93$), ya que 13 de los 14 expertos lo han valorado como “muy relevante”. El grado de consenso también ha sido el más alto (CV=0,05). Tal vez esto venga motivado porque la relación de ayuda con la persona para la adquisición de los conocimientos necesarios que le lleven a satisfacer sus necesidades es inherente a la profesión enfermera, formando parte del objetivo de cuidados, y, por tanto, de su función propia.

Asimismo, la actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación; dialógica y de negociación en la relación pedagógica; han obtenido puntuaciones altas del grupo en lo que se refiere a su relevancia y nivel de consenso ($\bar{X}=4,86$, $CV=0,07$, ambos ítems). En cambio, la actitud receptiva a las vivencias de los educandos y a la realidad en que están inmersos, entendida dentro de la relación pedagógica, obtiene una puntuación algo más parca para esta categoría ($\bar{X}=4,57$). Esto sugiere que dicho ítem no adquiere la misma importancia para el grupo que el resto de los elementos de esta categoría, a pesar de haber obtenido un acuerdo y consenso alto. Por tanto, este aspecto debe ser tenido en cuenta en el análisis de la tercera iteración con objeto de valorar su integración definitiva o no al conjunto de elementos competenciales.

Mantener una actitud constructiva y positiva hacia el aprendizaje en salud, recibe una valoración alta por parte del grupo, siendo puntuada como muy relevante por 11 de los expertos ($\bar{X}=4,79$), con un alto grado de consenso ($CV=0,09$). Igual de importante se considera la disposición permanente al aprendizaje y actualización en la tarea pedagógica, que ha recibido la puntuación máxima por parte de 12 de los expertos ($\bar{X}=4,79$; $CV=0,12$). La actitud abierta a propuestas de mejora continua, así como la disposición de compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa, también ha sido bien valorado, obteniendo la misma puntuación y un alto grado de consenso ($\bar{X}=4,71$; $CV=0,10$, para ambos elementos).

Con estos resultados se constata la necesidad del PEPSEE de desarrollar una actitud pedagógica constructiva y abierta que lo reafirme como profesional competente para asumir el rol docente y guiar en la construcción de conocimiento en el entorno escolar.

VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENCIÓN ÉTICA.

Esta categoría dimensionada en el “querer hacer”, ha quedado distribuida en tres subcategorías: responsabilidad; consciencia; y compromiso. Los resultados referentes a los ítems integrados en estas subcategorías se reflejan en la siguiente tabla (Tabla 46).

Tabla 46. Resumen de valoración referente a la categoría de “Valores profesionales inherentes a la dimensión ética”.

									E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14	
Valores profesionales inherentes a la dimensión ética	Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad.	Media	4,86	CV	,07	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5
	Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente.	Media	4,79	CV	,09	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
	Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud.	Media	4,71	CV	,13	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	5	5
	Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente.	Media	4,57	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	4	5	5	5	3	5	5	5	4	4	4	5	5
	Autoreflexión y autovaloración sobre la propia acción pedagógica.	Media	4,50	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	4	5	5	5	3	4	5	5	4	4	4	5	5
	Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente.	Media	4,29	CV	,19	Mediana	4,5	Moda	5	5	4	5	5	5	3	5	4	4	3	4	3	5	5
	Reconocimiento interno de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa.	Media	4,21	CV	,19	Mediana	4,0	Moda	5	5	4	4	5	5	3	3	4	5	5	4	3	4	5

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Los elementos referidos a la responsabilidad profesional docente, o lo que es lo mismo, desarrollar una ética en el buen uso de las competencias profesionales para el desarrollo máximo y óptimo de las intervenciones docentes de promoción de salud en la escuela; ha obtenido una buena valoración por parte del grupo con una puntuación media de acuerdo de 4,71, y un alto grado de consenso (CV=0,13). En lo que respecta a la actualización y capacitación permanente en dicho ejercicio profesional, como requerimiento de la responsabilidad docente; el nivel de acuerdo y consenso han sido también altos (\bar{X} =4,79; CV=0,09). Cabe hacer mención además en este subapartado de una de las aportaciones subjetivas realizadas por los expertos (E_7) en el apartado de observaciones, que engloba sin duda el sentido de la responsabilidad en la dimensión ética aludiendo al “bien hacer profesional”:

E_7_responsabilidad_desarrollar_intervenciones: “Cuando hablamos de bioética aplicada en el docente, debe ir encaminadas en dos direcciones: a) en el bien hacer de sus tareas docentes, y b) en tener claros los conceptos valores, asumidos en sí mismo y la aplicación de ellos”.

La subcategoría de la consciencia del “yo como docente”, es decir, tomar consciencia del rol docente; y el reconocimiento interno de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa; obtienen una puntuación media de acuerdo más moderada de 4,29 y 4,21 respectivamente, con un grado de consenso también moderado ($CV=0,19$, para ambos elementos). Algo mejor considerada -en cuanto a importancia se refiere- ha estado la autorreflexión y autovaloración sobre la propia acción pedagógica; que obtiene un nivel de acuerdo de $\bar{X}=4,50$ y $CV=0,14$; y la denominada disposición intrínseca y/o motivación por desempeñar el rol docente, con una puntuación también alta para esta categoría ($\bar{X}=4,57$; $CV=0,14$).

En cuanto a la subcategoría del compromiso con la docencia, se puede afirmar que es la que más acuerdo y consenso ha obtenido por parte del grupo. Así, el compromiso de contribuir al bienestar individual y social en la escuela a través de un ejercicio docente de calidad ha obtenido la mayor puntuación para esta categoría, con una media de respuestas de 4,86 y un alto grado de consenso de 0,07. Esto tal vez es debido a que el grupo reconoce la importancia del compromiso con el buen uso de las competencias profesionales en su ejercicio docente, que es lo que dotaría de sentido al PEPSEE.

Todos estos elementos, al haber tenido una consideración alta-moderada, se someten a una nueva iteración en que se determinará su orden en el listado definitivo de competencias. Cabe añadir que el grado de conformidad para esta categoría ha cumplido con el criterio propuesto, por lo que ha sido considerado alto, aunque con una puntuación más frugal que el resto de categorías (78,6%) (Tabla 47).

Tabla 47. Grado de conformidad respecto de la categoría “Actitud docente competente”.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	6	42,9
	De acuerdo	5	35,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	21,4
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA EN PROMOCIÓN DE SALUD.

En la siguiente tabla se muestran más detalladamente los resultados obtenidos en esta categoría (Tabla 48).

Tabla 48. Resumen de valoración referente a la categoría de “Investigación en promoción de salud”.

									E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14
Investigación en promoción de salud	Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela.	Media	4,71	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
	Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante.	Media	4,71	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5
	Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como los factores asociados a dicho estado.	Media	4,64	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	5
	Actualización constante en contenidos de salud	Media	4,64	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	5
	Actualización continua en docencia, redefiniéndose en base a líneas pedagógicas innovadoras.	Media	4,57	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	3	5

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Esta categoría, centrada especialmente en la adquisición de una base de conocimiento científico, tanto en promoción de salud como en docencia; ha sido bien valorada por el panel de expertos, con un alto nivel acuerdo y puntuaciones medias que oscilan entre 4,57 a 4,71. El valor de la Mediana y de la Moda para todos los elementos ha sido de 5 “muy relevante”, obteniendo además un alto grado de consenso para la mayoría de los ítems. Elementos como la investigación y actualización constante en contenidos de promoción de salud; la exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como los factores asociados a dicho estado. O la búsqueda de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la

escuela; y la exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados a entono escolar cambiante; han sido los que han alcanzado un mayor acuerdo y consenso de grupo. El coeficiente de variación de estos elementos ha oscilado entre el 0,10 y 0,11.

En cambio, la actualización continua en docencia, redefiniéndose en base a líneas pedagógicas innovadoras, ha obtenido un consenso más moderado, observándose una cierta discrepancia en las respuestas. Aunque 10 de los 14 expertos lo han valorado como elemento “muy relevante” con la máxima puntuación posible, sin embargo, concurren varios panelistas que lo valoran sólo como “relevante”.

Se podría pensar que este resultado ha venido motivado porque nuevamente este elemento adquiere un carácter profesional más docente, y el grupo se siente más identificado con la anterior subcategoría. No obstante, al analizar este resultado por separado según la categoría profesional, se comprueba que no hay diferencia en la Moda y la Mediana, que es de 5, tanto para los panelistas con una titulación universitaria en pedagogía como para el resto del grupo. Desde esta perspectiva queda claro que una tercera iteración aportará la información suficiente para determinar si dicho ítem forma parte finalmente del listado definitivo de competencias.

Por último, cabe añadir que también se ha obtenido un alto grado de conformidad (85,8%) en lo que se refiere a la opinión expresada en la ronda anterior (Tabla 49).

Tabla 49. Grado de conformidad respecto de la categoría “Investigación en promoción de salud”.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	6	42,9
	De acuerdo	6	42,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	14,3
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA.

Esta categoría competencial ha sido la más controvertida en lo que a acuerdo y consenso se refiere, ya que, para la mayoría de los ítems, ha resultado medio o bajo. Asimismo, también ha sido la categoría en la que más se ha optado por el NS/NC. Todo ello sugiere que, o bien no se han entendido completamente los ítems, o bien esta categoría se ha considerado de menor importancia que el resto.

La capacidad digital del profesional para desarrollar su actividad a través del uso de las TIC, así como la capacidad de innovación y creativa; han sido las dos subcategorías que han conformado la competencia digital e innovación pedagógica. Se muestra a continuación, los resultados desglosados de los ítems que conforman esta categoría competencial (Tabla 50).

Tabla 50. Resumen de valoración referente a la categoría “Competencia digital e innovación pedagógica”.

			E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14							
Competencia digital e innovación pedagógica	Capacidad para planificar, administrar y evaluar los procesos educativos de salud utilizando las TIC.	Media	4,43	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	3	5	4	5	5	5	5	3	4	4	4	5	
	Capacidad creativa y de innovación.	Media	4,38	CV	,18	Mediana	5,0	Moda	5	5	3	5	0	5	4	5	4	5	3	4	4	5	5
	Participación en acciones optimizadoras de los procesos educativos y de gestión escolar integrando las TIC.	Media	4,23	CV	,22	Mediana	5,0	Moda	5	5	3	5	0	5	5	3	5	5	3	4	4	3	5
	Domínio de ambientes virtuales de aprendizaje en salud.	Media	4,21	CV	,19	Mediana	4,0	Moda	5	5	3	5	4	5	5	3	4	5	3	4	4	4	5
	Participación en redes y comunidades educativas y de salud a través de las TIC.	Media	3,08	CV	,19	Mediana	4,0	Moda	4	5	4	5	0	5	3	3	4	4	3	4	4	4	5
	Comunicación sincrónica (intercambio de información por Internet en tiempo real) y asincrónica utilizando el lenguaje propio de las TIC.	Media	3,93	CV	,19	Mediana	4,0	Moda	4	4	3	5	5	4	3	3	4	4	3	4	4	4	5
	Utilizar herramientas tecnológicas en el contexto educativo (dispositivos móviles, pizarra digital...).	Media	3,86	CV	,25	Mediana	4,0	Moda	4	4	3	5	4	5	3	3	5	4	2	4	3	4	5
	Domínio y participación en redes utilizadas como TEP (Tecnologías de Empoderamiento y Participación) para el posicionamiento enfermero en la promoción de salud en la escuela.	Media	3,83	CV	,22	Mediana	4,0	Moda	3	5	3	4	0	0	3	3	4	5	3	4	4	3	5

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

La subcategoría relacionada con la capacidad creativa y de innovación, poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC; ha sido considerada y reconocida por el grupo de expertos, aunque obteniendo un grado de acuerdo y consenso moderado para esta categoría ($\bar{X}=4,38$; $CV=0,18$).

En lo que respecta al desarrollo de la capacidad digital profesional en el área de gestión, la capacidad para planificar, administrar y evaluar los procesos educativos de salud utilizando las TIC ($\bar{X}=4,43$; $CV=0,17$), así como la participación en acciones optimizadoras de procesos educativos y de gestión escolar integrando las TIC ($\bar{X}=4,23$; $CV=0,22$), han obtenido una de las mejores puntuaciones para esta categoría. Tal vez venga motivado porque estos elementos engloban aspectos importantes del proceso educativo de la planificación y evaluación. No obstante, tampoco hay que olvidar que el grado de acuerdo y consenso ha sido moderado, por lo que se somete a la tercera iteración reformulándose ambos.

Por otro lado, en lo que se refiere al ámbito de actuación tecnológico-pedagógico, la capacidad para seleccionar y utilizar toda variedad de herramientas tecnológicas en el contexto educativo (pizarra digital, dispositivos móviles, entre otros), ha sido uno de los elementos peor valorados por los panelistas, con una puntuación baja de acuerdo de $\bar{X}=3,86$, y un grado de consenso también bajo, lo que ha llevado a desechar dicho ítem del listado de competencias definitivo. Cabe mencionar, que, analizando nuevamente este aspecto por categorías profesionales, se comprueba que hay diferencia en la Moda, que es de 4 (“bastante relevante”) para los panelistas con una titulación universitaria en pedagogía, y de 3 (“relevante”) para el resto del grupo por separado. Con ello se deduce que dicho elemento adquiere una importancia mayor para aquellos expertos con una titulación en pedagogía, que no ha sido refrendada por el grupo completo, por lo que ha quedado eliminado.

Un acuerdo y consenso también frugal ha alcanzado el ítem relacionado con el dominio en ambientes virtuales de aprendizaje en salud que respondan a las necesidades de la escuela, del alumnado y comunidad educativa ($\bar{X}=4,21$; $CV=0,19$), no obstante, este elemento se somete reformulado a una tercera iteración por cumplir con los criterios de acuerdo y consenso aceptados.

De la misma forma, en el área comunicativa, la destreza para expresarse y comunicarse sincrónica y asincrónicamente utilizando lenguajes propios de las TIC ha obtenido un acuerdo bajo en cuanto a su relevancia se refiere ($\bar{X}=3,93$) pero con un grado de consenso moderado ($CV=0,19$). El dominio y participación en redes utilizadas como TEP (Tecnologías de Empoderamiento y Participación) para el posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela; también ha obtenido una de las puntuaciones de acuerdo más bajas de todo el cuestionario ($\bar{X}=3,83$). Cabe añadir aquí, que varios panelistas han optado además por la respuesta de NS/NC, lo que lleva a pensar que dicho ítem definitivamente no ha sido bien entendido, por lo que se procede a una mayor descripción en la tercera iteración. La capacidad de trabajo colaborativo participando en redes y comunidades educativas y de salud a través de las TIC, ha obtenido también un bajo acuerdo ($\bar{X}=4,08$) y un grado de consenso moderado ($CV=0,19$). Asimismo, para terminar de completar esta categoría competencial se decide añadir a la tercera ronda el área de actuación investigativa, que no había quedado explicitada en la segunda ronda: dominio y utilización de las TIC en el área investigativa.

Todos estos datos sugieren que, a pesar de ser considerada las TIC por parte de los expertos en la primera ronda como elemento importante para la promoción de salud, sin embargo, los ítems propuestos no han tenido buena aceptación por parte del grupo. Cabe destacar, además, que ha sido la única categoría competencial que no ha alcanzado el grado mínimo de conformidad respecto de la opinión referida en la ronda anterior, tal y como se observa en la siguiente tabla (Tabla 51), obteniendo el 71% de las respuestas favorables. Por este motivo, se requiere de revisión de ésta y reformulación y/o cambio de ítems para la tercera iteración Con objeto de determinar si finalmente son seleccionados para el listado definitivo de competencias.

Tabla 51. Grado de conformidad para la "Competencia digital e innovación pedagógica".

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	4	28,6
	De acuerdo	6	42,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	28,6
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO.

Los elementos relacionados con el control y la capacidad de acción tanto en el aula como fuera de ésta, en el ejercicio del liderazgo directo e indirecto, así como la autonomía para tomar decisiones, han sido los elementos que han conformado esta categoría competencial. A continuación, se procede a mostrar y analizar a través de la siguiente tabla (Tabla 52), los resultados referentes a estos elementos mencionados.

Tabla 52. Resumen de valoración referente a la categoría de “Coordinación y liderazgo educativo”

										E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_10	E_11	E_12	E_13	E_14	
Coordinación y liderazgo educativo	Impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza en salud, y participar de éstas.	Media	4,57	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5
	Líderar el cambio en lo que respecta a la experimentación de ideas promotoras de salud en la escuela.	Media	4,57	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5
	Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud.	Media	4,57	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4	4	4	4	5	5
	Coordinar intervenciones de promoción de salud consensuadas.	Media	4,57	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	3	5	5	5
	Crear condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje.	Media	4,57	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	3	5	5	5	3	5	5	5
	Generar condiciones de colaboración con el profesorado y comunidad de forma constante y prolongada.	Media	4,57	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	4	5	4	5	5	5
	Promover espacios de participación para la creación de intervenciones promotoras de salud.	Media	4,50	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	3	4	4	5
	Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud.	Media	4,50	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	4	4	4	4	5
	Cambiar las condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en salud.	Media	4,50	CV	,17	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	3	3	4	4	5	4	5	5	5	5
	Actuar en conciencia profesional reforzando la cultura de promoción de la salud en el centro escolar.	Media	4,36	CV	,25	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	1	4	4	5	4	4	4	4	5	5

Liderar el proceso de enseñanza en el aula, guiando al alumno en la consecución de las metas educativas en salud.	Media	4,14	CV	,36	Mediana	4,5	Moda	5	5	5	5	5	5	3	5	3	4	2	4	3	4	5
Autonomía para tomar decisiones en relación al currículum educativo y acciones promotoras de salud.	Media	3,93	CV	,32	Mediana	4,0	Moda	5	5	5	5	5	1	4	4	4	3	4	3	2	5	

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

En lo que respecta a los ítems relacionados con el liderazgo indirecto, éstos han sido en general mejor aceptados por el grupo, obteniendo una valoración más alta. La capacidad de impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza de salud y participar de éstas; liderando el cambio en la experimentación de ideas promotoras de salud; han obtenido un nivel de acuerdo alto por parte de los panelistas ($\bar{X}=4,57$), con el más alto grado de consenso para esta categoría ($CV=0,11$). Asimismo, la capacidad para influir en la dirección y organización de la institución educativa en lo que respecta a la mejora de la salud; y de coordinar intervenciones de promoción de salud, ha seguido la misma línea con un grado de acuerdo y consenso alto ($\bar{X}=4,57$; $CV=0,14$, para ambos ítems).

Otros ítems de liderazgo indirecto, tales como promover las condiciones de grupo que favorezca el aprendizaje; así como la capacidad para generar las condiciones que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa de forma constante y prolongada en acciones promotoras de salud; han sido los elementos que también han obtenido un alto grado de acuerdo ($\bar{X}=4,57$), aunque un nivel de consenso moderado ($CV=0,17$), lo que sugiere que ha habido ciertas discrepancias. Por tal motivo, dichos ítems se someten a la tercera iteración reformulados.

Una consideración más moderada ha obtenido los ítems relacionados con la capacidad de promover espacios de participación para la creación de intervenciones promotoras de salud; la implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro (planificación, coordinación y evaluación de la enseñanza) respecto a la dimensión de salud; así como la capacidad para cambiar aquellas condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en la mejora de la salud, obteniendo un grado de acuerdo de $\bar{X}=4,50$ y un nivel de consenso moderado, oscilando el coeficiente de variación entre 0,14 y 0,17. Haciendo análisis de estos resultados, se podría explicar la puntuación más moderada, ya que estos tres elementos quedan englobados en los anteriores ítems, por

lo que se someten a la tercera iteración, que determinará si definitivamente forman parte del listado definitivo de competencias. Cabe señalar también que actuar en conciencia reforzando la cultura de promoción de salud en el entorno escolar ha obtenido una de las puntuaciones más moderadas ($\bar{X}=4,36$) y un consenso bajo ($CV=0,25$), lo que hace pensar que dicho ítem no ha sido bien entendido. Se somete pues, este ítem a una nueva iteración con cambios para comprobar si definitivamente se acepta o no.

En lo que respecta al liderazgo directo en el aula, que tiene por objeto aumentar la calidad del aprendizaje en salud, ha sido menos valorado por el grupo. Así, la capacidad de liderar el proceso de enseñanza en el aula, guiando al alumno en la consecución de las metas educativas de salud; ha obtenido un grado de acuerdo moderado ($\bar{X}=4,43$), y un grado de consenso bajo. Tal vez, este resultado se explique porque el grupo se siente más identificado ejerciendo el liderazgo en su papel como enfermero y no tanto en su papel como educador, demostrando autoridad pedagógica dentro del aula. Igualmente, dicho ítem vuelve a someterse a la tercera ronda.

Por último, en lo que respecta a la autonomía requerida para llevar a cabo el liderazgo educativo, ya sea tomando decisiones en relación con el currículum educativo, o bien de otras acciones promotoras de salud; dicho ítem tampoco ha logrado alcanzar el acuerdo mínimo para ser sometido a una nueva iteración ($\bar{X}=3,93$), y además ha obtenido el valor de consenso más bajo de todo el cuestionario ($CV=0,32$). Una de las observaciones subjetivas sugiere que este resultado tal vez ha venido motivado por la falta de libertad sentida del profesional de enfermería en el centro escolar, y que precisamente es destacada por uno de los expertos (E_3).

E_3_Autonomía_tomar_decisiones: "Hay cosas que son imposibles si la dirección del centro no da opciones, pero creo que todo es relevante".

No obstante, al no cumplir con los criterios mínimos determinados de acuerdo y consenso para ser aceptado, queda eliminado de la tercera ronda.

En lo que respecta al grado de conformidad del grupo respecto de la opinión expresada en la ronda anterior, éste ha sido alto (85,8%) (Tabla 53).

Tabla 53. Grado de conformidad respecto de la categoría de “Coordinación y liderazgo educativo”.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente de acuerdo	6	42,9
	De acuerdo	6	42,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	14,3
	Total	14	100,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Haciendo balance del resultado global del análisis en esta segunda ronda, se advierte que de los 9 rasgos definitorios identificados del PEPSEE y 84 elementos competenciales distribuidos en las nueve categorías identificados, 3 ítems no han llegado al nivel mínimo de acuerdo ni de consenso por lo que se desestiman para la siguiente iteración. Otros 44 ítems han alcanzado un nivel moderado; y 34 ítems han obtenido un alto nivel de acuerdo y también de consenso. En los 12 ítems restantes, el nivel de acuerdo y consenso no ha sido coincidente. Los ítems resultantes vuelven a ser sometidos a valoración en un tercer cuestionario, precisando algunos de ellos de reformulación o replanteamiento para su mejor entendimiento con objeto de favorecer el consenso grupal. Asimismo, se completa el listado con un ítem adicional con objeto de completar la categoría competencial relacionada con el área de actuación investigativa, puesto que no había quedado explicitada en la segunda ronda. Se muestra a continuación, un segundo listado provisional derivado de esta segunda ronda quedando para la tercera iteración 11 rasgos definitorios y 81 elementos competenciales (Tabla 54).

Tabla 54. Rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE. Listado provisional segunda ronda

RASGOS DEFINITORIOS DEL PEPSEE
Posee conocimientos y habilidades para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces.
Adquiere el compromiso de educar y se concibe como parte del proceso educativo
Entiende al educando desde una perspectiva integral abarcando todos los problemas a lo largo de su escolarización (ítem replanteado)
Guía y orienta al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud.
Posee "el saber" propio de la profesión enfermera (conocimiento elemental inherente a la disciplina enfermera)

Estimula acciones de salud con el alumno y/o comunidad a través de la relación interdisciplinar (reciprocidad entre disciplinas)
 Promueve el empoderamiento (que el alumno se convierta en protagonista en la construcción del propio conocimiento y adquiera responsabilidad en sus decisiones de salud en beneficio individual y comunitario).
 Está integrado en el centro escolar y comunidad educativa (ítem replanteado).
 Forma parte del claustro y participa de la programación y definición las acciones educativas en salud (ítem replanteado).
 Desarrolla sensibilidad docente, valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera.
 Utiliza metodología pedagógica apropiada y domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica.

COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PEPSEE

1. CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA

Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje)
 Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza
 Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud
 Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar
 Conocimiento del currículum educativo (finalidades, objetivos y la manera en que se integra la promoción de salud)
 Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional, recursos externos y unidades educativas especiales)
 Conocimiento de la didáctica específica de la salud
 Conocimiento de la estructura de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar)

2. COMPETENCIA INTERPERSONAL Y TRABAJO EN EQUIPO

Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad.
 Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar.
 Capacidad para establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes
 Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud
 Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo
 Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro
 Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y comunidad
 Capacidad de gestión de situaciones estresantes con el equipo, desarrollando inteligencia emocional
 Flexibilidad en la aplicación de procedimientos según la situación educativa
 Considerar los conflictos como oportunidad de aprendizaje

3. HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA

Desarrollar procesos educativos de promoción de salud ajustados a la realidad escolar

Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente
 Evaluación de proceso y resultados de aprendizaje del alumno, reajustando la acción pedagógica
 Seleccionar estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados
 Atender a las diferencias individuales y de grupo
 Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo
 Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud
 Utilizar materiales y recursos didácticos adecuados
 Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de alumnos y comunidad escolar

<p>Establecer conexiones entre los conocimientos previos y los que se van adquiriendo</p> <p>Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes)</p> <p>Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados</p> <p>Propiciar que el alumno valore su propio aprendizaje</p> <p>Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo</p> <p>Dinamización a través de la palabra y retroalimentación constante</p> <p>Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud a enseñar</p> <p>Carácter flexible y adaptación al progreso de los alumnos</p>
<p>4. COMUNICACIÓN EDUCATIVA</p> <p>Mantener diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta</p> <p>Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición</p> <p>Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos</p> <p>Actitud comunicativa conciliadora y armónica con los alumnos, basada en los acuerdos</p> <p>Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al nivel del alumno</p> <p>Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos</p> <p>Usar elementos propios del lenguaje no verbal (gestos, miradas...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza</p> <p>Acción discursiva coherente y motivadora</p>
<p>5. ACTITUD DOCENTE COMPETENTE</p> <p>Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa</p> <p>Actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación</p> <p>Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica</p> <p>Actitud constructiva y positiva hacia el aprendizaje en salud</p> <p>Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica</p> <p>Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud</p> <p>Disposición a compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa</p> <p>Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos</p>
<p>6. VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENSIÓN ÉTICA</p> <p>Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad</p> <p>Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente</p> <p>Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud</p> <p>Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente</p> <p>Autorreflexión y autovaloración sobre la propia acción pedagógica</p> <p>Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente</p> <p>Reconocimiento interno de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa</p>
<p>7. INVESTIGACIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD</p> <p>Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela</p> <p>Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante.</p> <p>Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como los factores asociados a dicho estado</p> <p>Actualización constante en contenidos de salud</p> <p>Actualización continua en docencia, redefiniéndose en base a líneas pedagógicas innovadoras</p>
<p>8. COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA</p> <p>Capacidad para organizar, planificar y evaluar a través de las TIC</p> <p>Capacidad creativa y de innovación, poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC</p>

Habilidad para optimizar los procesos educativos a través de las TIC
 Dominio de herramientas TIC y ambientes virtuales de aprendizaje en salud
 Participación en redes y comunidades educativas y de salud a través de las TIC
 Capacidad para expresarse y comunicarse con el alumnado y la comunidad (tanto de forma sincrónica como asincrónica) utilizando lenguaje propio de las TIC
 Dominio en redes sociales utilizadas como TEP (Tecnologías de Empoderamiento y Participación), tales como Facebook o Twitter, para el posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela
 Dominio y utilización de las TIC en el área investigativa (ítem adicional)

9. COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO

Impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza en salud, y participar de éstas
 Liderar el cambio en lo que respecta a la experimentación de ideas promotoras de salud en la escuela
 Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud
 Coordinar intervenciones de promoción de salud consensuadas
 Crear condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje, así como las condiciones que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa
 Promover espacios de participación para la creación de intervenciones promotoras de salud
 Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud
 Cambiar las condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en salud
 Capacidad para promover la cultura de promoción de la salud en el centro escolar
 Control y capacidad de acción en el aula, liderando el proceso de enseñanza en el aula

7.3. Tercera ronda

Después de analizar las respuestas de la segunda ronda, se ha procedido a la tercera y última iteración. Tuvo lugar entre los meses de mayo y junio de 2017. De los 14 participantes que conformaban el panel en la segunda ronda, prosiguieron en la última iteración 12 expertos, obteniéndose 1.249 respuestas. En esta tercera ronda, como en las anteriores, ha sido preciso también enviar mensajes de captación con objeto de evitar el abandono.

Para abordar el análisis de resultados se ha tenido en cuenta la perspectiva *particular-global*. Es decir, se ha partido especialmente de la globalidad del conjunto del panel, pero atendiendo a la singularidad de cada experto, poniendo especial atención en aquellos comentarios subjetivos. Para distinguir tanto las respuestas numéricas como las observaciones de los participantes sobre un determinado ítem se ha utilizado el mismo procedimiento que en la ronda anterior, anteponiendo la inicial “E” al número

asignado a cada experto, y añadiendo algunas palabras clave del ítem referido en el caso de las citas de los participantes, quedando de la siguiente manera:

E_2_Integrado_centro_escolar: referido a la valoración subjetiva de experto núm. 2 referente al ítem “Está integrado en el centro escolar y comunidad educativa”.

Para el redactado de los resultados, se ha seguido el mismo procedimiento que en la segunda ronda, y se ha tenido en cuenta las categorías y subcategorías determinadas en la primera. Asimismo, para facilitar la comprensión de los elementos analizados se han utilizado nuevamente tablas resumen extraídas del programa informático SPSS Statistics 24.

El análisis se ha realizado siguiendo las recomendaciones de Landeta (2002) en función de dos indicadores ya utilizados en la segunda ronda: grado de acuerdo en lo que respecta a la relevancia de cada ítem y grado de consenso alcanzado en la respuesta de grupo. Desde esta perspectiva, siguiendo las recomendaciones de este autor se ha comenzado con un análisis cuantitativo de la distribución de frecuencias (Media, Mediana y Moda) —tal y como se procedió en la segunda ronda—, después se han interpretado y cotejado los resultados alcanzados con las informaciones cualitativas y con las propias interpretaciones de la investigadora principal, así como con los resultados obtenidos en la segunda ronda. Con ello se ha podido conocer dónde ha habido mayor acuerdo y qué ítems han sido mejor valorados por los panelistas en esta ronda, estableciendo un ranking. Hay que destacar que las puntuaciones medias obtenidas para todo el cuestionario han continuado siendo altas respecto de la segunda ronda, con un promedio incluso más elevado en esta tercera ronda ($\bar{X}=4,64$ frente a $\bar{X}=4,52$). De esto se deduce que la mayoría de los ítems propuestos han sido acertados, teniendo una alta importancia para el grupo.

Paralelamente, estos estadísticos han ido acompañados de indicadores de dispersión de las respuestas, permitiendo establecer criterios de consenso en la respuesta grupal. Esto ha ayudado a finalizar el proceso, que, aunque fue prefijado de inicio en tres rondas (principalmente por razones de tiempo, coste y por el riesgo de perder a los expertos), igualmente, y en base a la literatura especializada, también se ha buscado alcanzar el

clásico consenso razonable entre las opiniones de los panelistas⁹⁰. Se describen a continuación los criterios considerados para el análisis en base a estos indicadores propuestos.

► Grado de acuerdo

Para establecer los criterios de acuerdo —como ya se hizo en la segunda ronda— se ha procedido a la asignación de un valor representativo para el conjunto de los ítems a partir del cual se establece el rango de acuerdo, quedando clasificado en *bajo*, *moderado* o *alto*. Para ello, se ha vuelto a calcular el recorrido de la distribución con los valores extremos que ha tomado la Media, a través de la diferencia entre el valor más pequeño (Mínimo=3,67) y el valor mayor (Máximo=5), consiguiendo como resultado 1,33. Dicha cifra se ha dividido entre el número de intervalos que se buscaba formar —tres en este caso—, obteniendo como resultado la amplitud de cada uno de los intervalos (0,44). En la siguiente tabla (Tabla 55) se muestra cómo han quedado los criterios de acuerdo en la tercera ronda.

Tabla 55. Criterios de acuerdo en lo que respecta a la relevancia de cada ítem. Elaboración propia.

Intervalos de la Media aritmética	Grado de acuerdo
$\bar{X} = 3,67-4,11$	Bajo
$X = 4,12-4,55$	Moderado
$\bar{X} = 4,56-5,00$	Alto

► Grado de consenso

El nivel de convergencia estimado para el consenso también ha sido determinado en esta tercera ronda a través del coeficiente de variación. Para autores como Shah y Kalaian (2009) el coeficiente de variación es la prueba más adecuada para este tipo de estudios (citado en López-Gómez, 2018, p.10). Además, como ya se señalaba en el análisis de la ronda anterior, esta medida ofrece mayor exactitud que otras como la desviación estándar, al tener en cuenta la media (Landeta, 2002). Así, a través de esta

⁹⁰ Entendido como “el grado de convergencia de las estimaciones individuales, alcanzado cuando las opiniones presentan un grado aceptable de proximidad” Landeta (2002, p.90).

medida de dispersión se ha pretendido la búsqueda de la mayor homogeneidad posible entre las respuestas de los panelistas para un mismo ítem. Cabe decir que, entre la segunda y tercera ronda, el promedio del coeficiente de variación ha disminuido (de 0,14 a 0,12 respectivamente), lo que significa que ha habido tendencia hacia el consenso definitivo, aunque éste no se ha conseguido en todos los ítems.

Los criterios para considerar suficiente el consenso han sido determinados prefijando tres intervalos de referencia —bajo, moderado, alto—. Para obtener dichos intervalos se ha tenido en cuenta el valor Máximo del panel para el coeficiente de variación (0,34) y el valor Mínimo (0,00) obteniendo un recorrido de 0,34. Dicha cifra se ha dividido entre el número de intervalos que se buscaba formar —tres en este caso—, obteniendo de nuevo como resultado, la amplitud de cada uno de los intervalos (0,11). En aquellos casos de moderado consenso en los cuales se ha precisado inclinar la balanza hacia el alto o bajo nivel de consenso, se ha añadido una regla de decisión más para considerarlo suficiente (Landeta, 2002): que el porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la Mediana ± 1 , sea superior al 80%. De esta manera, se ha evitado la indefinición del intervalo moderado en determinados ítems en que no resultaba fácil tomar una decisión sobre la posición final de dicho elemento. En la siguiente tabla (Tabla 56) se exponen con más detalle estos criterios.

Tabla 56. Criterios de consenso establecidos para la opinión del grupo acerca del nivel de consenso. *Elaboración propia.*

Intervalos	Coeficiente de variación	Grado de consenso
CV= 0,23-0,32		Bajo
CV= 0,12-0,22		Md ± 1 < 80%
		Md ± 1 \geq 80%
CV= 0,00-0,11		Alto consenso

A partir de aquí, a medida que los diferentes ítems han obtenido valores altos de consenso y acuerdo para la segunda y tercera ronda, se han ido consolidando también dichos ítems, conformando la definición del PEPSEE y/o el listado definitivo de competencias. Por el contrario, cuando el grado de acuerdo y consenso ha sido bajo para el ítem en cuestión, dicho elemento ha sido eliminado del listado definitivo. De los

resultados extremos en el coeficiente de variación, se deduce que la media no ha sido representativa, existiendo valores entre las observaciones que se separan significativamente de los demás; esto hace pensar que el ítem en cuestión no ha sido suficientemente interesante como para generar una opinión homogénea, por lo que éste deja de tener sentido en el listado definitivo. No obstante, se han analizado las discrepancias manifiestas, siendo igualmente de gran interés para la investigación.

Por último, aquellos elementos que han alcanzado un acuerdo y/o consenso moderado han requerido de análisis individualizado para cada caso a través del cual se han tomado decisiones sobre su integración o no en el listado definitivo y su posición en el ranking. En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos de forma desglosada, tomando como base todos los razonamientos referidos.

7.3.1. Primera pregunta abierta. Rasgos definitorios

A través de esta primera pregunta se pretendía dirimir los rasgos definitorios del PEPSEE. Se establecieron once ítems respecto de los nueve que se trazaron en la segunda ronda. Con objeto de precisar las respuestas de los panelistas y a la luz de los resultados obtenidos en la anterior consulta, algunos elementos fueron replanteados y/o se añadió una explicación adicional; esto probablemente, ha constituido la razón principal por la que ha mejorado el nivel de acuerdo en cuanto a su importancia se refiere y el nivel de consenso entre los panelistas: el 45% de los ítems alcanza un alto grado de consenso en la tercera ronda, frente al 33% en la segunda ronda. A continuación, se muestra una tabla resumen con los resultados obtenidos en esta tercera ronda (Tabla 57) a partir de la cual se ha encauzado el análisis individualizado.

Tabla 57. Resumen de valoración referente a la definición del PEPSEE

Definición del PEPSEE	Media	CV	Mediana	Moda	E_1	E_2	E_4	E_5	E_3	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	Porcentaje _votos_3	Porcentaje _votos_4	Porcentaje _votos_5
Posee conocimientos y habilidades específicas para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces (4,79).	4,92	,06	5,0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	,0	8,3	91,7
Guía y orienta al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud (4,64).	4,75	0,10	5,0	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	,0	25,0	75,0

Utiliza metodología pedagógica apropiada y domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica (4,14).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	,0	16,7	83,3
Adquiere el compromiso de educar y se concibe como parte del proceso educativo (4,69).	Media	4,75	CV	,13	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	8,3	8,3	83,3
Promueve el empoderamiento (que el alumno se convierta en protagonista en la construcción del propio conocimiento y adquiera responsabilidad en sus decisiones de salud en beneficio individual y comunitario) (4,43).	Media	4,75	CV	,13	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	8,3	8,3	83,3	
Estimula acciones de salud a través de la relación interdisciplinar (reciprocidad entre disciplinas) (4,50).	Media	4,58	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	,0	41,7	58,3	
Entiende al educando desde una perspectiva integral abarcando todos los problemas a lo largo de su escolarización (ítem replanteado).	Media	4,67	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	3	5	8,3	16,7	75,0		
Posee "el saber" propio de la profesión enfermera (Conocimiento elemental inherente a la disciplina enfermera) (4,57).	Media	4,42	CV	,15	Mediana	4,5	Moda	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	4	3	8,3	41,7	50,0		
Desarrolla sensibilidad docente, valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera (4,29).	Media	4,42	CV	,12	Mediana	4,0	Moda	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	,0	58,3	41,7		
Está integrado en el centro escolar y comunidad educativa (ítem replanteado).	Media	4,33	CV	0,25	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	2	4	5	3	5	5	5	3	16,7	8,3	66,7		
Forma parte del claustro y participa de la programación y definición las acciones educativas en salud (ítem replanteado).	Media	3,67	CV	0,34	Mediana	4,0	Moda	4	3	5	5	5	2	4	4	4	5	2	3	2	16,7	25,0	33,3	

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Enmarcada en la categoría del rol educador y la subcategoría de capacitación pedagógica del profesional –definidas en la primera ronda– se encuentra el rasgo definitorio que ha obtenido el mayor grado de acuerdo en cuanto a relevancia se refiere ($\bar{X}=4,92$), con el más alto nivel de consenso conseguido para esta primera pregunta ($CV=0,06$): posee conocimientos y habilidades específicas para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud. Al cotejar estos resultados con los obtenidos en la segunda ronda, se comprueba que también obtiene el máximo nivel de acuerdo ($\bar{X}=4,79$) y consenso ($CV=0,12$). Este progreso favorable en la puntuación media hace que dicho elemento se consolide como el primero y más importante de los rasgos definitivos para definir al PEPSEE.

Otro de los ítems que ha recibido en esta ronda una de las valoraciones más altas, ha estado también relacionado con la capacitación pedagógica del profesional: utiliza metodología pedagógica apropiada y domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica. Si bien es cierto que en la segunda ronda el referido ítem obtuvo una valoración moderada ($\bar{X}=4,14$; $CV=0,23$), en esta tercera ha pasado a ser considerado como uno de los rasgos más importantes para el grupo ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$). Probablemente, el hecho de reformular dicho ítem con una explicación adicional ha llevado a los expertos a entenderlo mejor y ha determinado que éste pase a ser altamente considerado, por lo que se ha consolidado también en el listado definitivo. Resulta sugestivo comprobar las elevadas evaluaciones otorgadas a los rasgos relacionados con la formación pedagógica específica del profesional, adquiriendo la capacitación una especial consideración por parte del grupo. En este sentido, cabe destacar el único de los ítems añadido por uno de los expertos, el cual sugiere incluso que dicha formación sea continuada:

E_10 (Ítem añadido por el experto): "Formación pedagógica aplicada a la salud de forma continuada, con el fin de mejorar la docencia de sus alumnos".

Contrariamente a esto, el rasgo relacionado con el "saber propio" de la profesión enfermera, es quizá uno de los que más discrepancias ha acaparado entre el grupo para esta primera pregunta. Dicho elemento fue considerado con un grado alto de importancia en la segunda ronda, pero no se consiguió alcanzar el consenso de grupo, por lo que se decidió añadir una explicación adicional para la tercera ronda que dejara más clara la enunciación del "saber enfermero". Al analizar el resultado de ésta, se observa que su consideración en cuanto a relevancia se refiere, se ha reducido a un nivel medio moderado de $\bar{X}=4,42$ con un $CV=0,15$, que se ha considerado alto, al estar más del 80% de las respuestas en el intervalo definido por la $Md\pm 1$. Esto ha provocado que se decline su posición en el ranking. De este resultado se deduce, además, que en la definición del PEPSEE, ha sido mejor valorada por el grupo la formación pedagógica específica para la promoción de salud en la escuela, que el propio conocimiento enfermero.

Otro de los elementos que ha pasado a tener un mayor grado de acuerdo en cuanto a su relevancia una vez fue reformulado, ha sido el relacionado con el empoderamiento del alumno, de tal forma que éste se convierta en protagonista en la construcción del

propio conocimiento y sea capaz de tomar decisiones responsables de salud. Mientras que en la segunda ronda obtuvo un grado de acuerdo y consenso moderado, en esta tercera ronda ha pasado a consolidarse como elemento definitivo al obtener una puntuación Media de 4,75 y un CV=0,13. Si bien es cierto que este último valor se ha considerado como moderado consenso para la tercera ronda, al cotejarlo con la segunda, se observa un progreso positivo con tendencia hacia la homogeneidad en la respuesta grupal; igualmente, el porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la $Md \pm 1$ es del 91,6%, por lo que se ha considerado criterio de consenso suficiente como para convertirse en otro elemento definitivo en la definición del PEPSEE. En esta misma línea, el rasgo referido a la función de guiar y orientar al alumno en el proceso de aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud ha sido considerado también por el grupo como otro de los rasgos más importantes, con un grado alto de consenso ($\bar{X}=4,83$; CV=0,08), tanto en la segunda ronda como en la tercera, motivo por el que dicho elemento también se ha afianzado en el ranking definitivo entre los primeros puestos.

En lo que se refiere a la subcategoría relacionada con la sensibilidad docente, también incluida como característica del rol educador, se han objetivado ciertas discrepancias en el grupo. Por un lado, el ítem relacionado con el compromiso de educar —entendido como el proceso de autorrealización mutua entre educador y educando, en el cual es pertinente verse como parte integrante—, ha sido altamente considerado en esta última iteración, como ya lo fue en la segunda, aunque con un grado de consenso más limitado ($\bar{X}=4,75$; CV=0,13). No obstante, observando su evolución, y teniendo en cuenta que el porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la $Md \pm 1$ ha sido del 91,6%, este ítem ha sido considerado dentro del ranking definitivo como otro de los rasgos más significativos para la definición del PEPSEE. Por otro lado, el ítem relacionado con el desarrollo de valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera —también encuadrado en la subcategoría de sensibilidad docente—, ha permanecido con su consideración de importancia moderada en esta tercera ronda con valores similares a la segunda ($\bar{X}=4,42$; CV=0,12), lográndose alcanzar además un consenso moderado en esta decisión grupal, cosa que lo aleja de los puestos más altos del ranking.

La visión integral del educando como categoría establecida, ha obtenido una consideración significativa por parte del grupo, en comparación a la categoría del rol

educador. Implica la capacidad del PEPSEE entender al educando desde una dimensión holística (teniendo en cuenta no sólo la perspectiva física de salud, sino también la social, psicológica, emocional y ambiental, cultural, entre otras) y abarcando todos los problemas que de cualquiera de estas se deriven a lo largo de toda su escolarización. Así, este ítem planteado en esta tercera ronda ha obtenido una puntuación alta de ($\bar{X}=4,67$), con un grado de consenso considerado también alto ($CV=0,14$) al estar más del 80% de las respuestas (91,7%) en el intervalo definido por la $Md\pm 1$.

Por último, para la categoría de enfoque integrador de la acción —definida en la primera ronda— se valoraban dos aspectos relevantes: el primero de ellos, la interdisciplinariedad o reciprocidad entre disciplinas. El ítem relacionado con la interdisciplinariedad: estimula acciones de salud a través de la relación interdisciplinar (reciprocidad entre disciplinas), ha mejorado su valoración de moderada importancia a alta, entre la segunda y tercera ronda con una puntuación media de $\bar{X}=4,67$, alcanzando el consenso definitivo esta decisión grupal en la tercera iteración ($CV=0,11$).

El segundo aspecto de esta categoría ha estado focalizado en la integración del profesional en el centro escolar y comunidad educativa y participación en la toma de decisiones de salud. Este elemento fue motivo de divergencia en la segunda ronda, no llegándose a alcanzar un acuerdo ni consenso definitivo, por lo que para la tercera ronda se reformuló en dos ítems con objeto de clarificar este rasgo:

- Forma parte del claustro y participa de la programación y definición de las acciones educativas en salud.
- Está integrado en el centro escolar y comunidad educativa.

Como se puede comprobar, estos ítems son los que han obtenido la valoración más polarizada de todo el cuestionario por lo que merece la pena detenerse y realizar un análisis profundo e individualizado. El grupo no alcanza el mínimo acuerdo de considerar importante el hecho de que el PEPSEE forme parte del claustro ($\bar{X}=3,58$), observándose además valores que se separan significativamente entre ellos, por lo que el grado de consenso también es bajo en esta ocasión ($CV=0,32$), haciendo que este elemento se desestime del listado definitivo. Por otro lado, se considera de mayor interés su integración en el centro escolar y comunidad educativa, aunque tampoco se alcanza el consenso definitivo ($\bar{X}=4,33$; $CV=0,25$). Llama la atención la falta de homogeneidad de

las respuestas para estos elementos a la hora de precisar el consenso. Cabe destacar aquí, la opinión subjetiva de uno de los expertos (E_2) que aborda específicamente este aspecto distinguiendo entre la integración del PEPSEE en el equipo y la colaboración de éste con el resto de los docentes en la promoción de salud dentro de la comunidad, que podría dar luz a esta valoración de grupo:

E_2_Integrado_centro_escolar: “Trabaja con la comunidad educativa compartiendo la promoción de la salud, una cosa es que esté integrado en el equipo y otra que trabaje en rol colaborativo con los docentes”.

Tal vez, cada experto entiende la integración del profesional de enfermería en la escuela de un modo diferente y esto ha dado lugar a la divergencia de respuestas. Con toda probabilidad el grupo sí valora la participación del profesional de enfermería en el claustro y su integración en el centro y comunidad educativa, pero no lo considera como un rasgo definitorio imprescindible. Así pues, será a través de las entrevistas que se pueda definir más claramente la importancia de este elemento para el PEPSEE.

Dicho esto, una vez realizado el análisis de esta primera pregunta, se muestra a continuación una tabla resumen con el ranking definitivo de los rasgos definitorios del PEPSEE (Tabla 58).

Tabla 58. Tabla resumen sobre rasgos definitorios del PEPSEE. Elaboración propia.

Rasgos definitorios del PEPSEE
Posee conocimientos y habilidades específicas para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces.
Guía y orienta al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud.
Utiliza metodología pedagógica apropiada y domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica.
Adquiere el compromiso de educar y se concibe como parte del proceso educativo.
Promueve el empoderamiento (que el alumno se convierta en protagonista en la construcción del propio conocimiento y adquiera responsabilidad en sus decisiones de salud en beneficio individual y comunitario).
Estimula acciones de salud a través de la relación interdisciplinar.
Entiende al educando desde una perspectiva integral abarcando todos los problemas a lo largo de su escolarización.
Posee “el saber” propio de la profesión enfermera.
Desarrolla sensibilidad docente, valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera.

7.3.2. Segunda pregunta abierta. Competencias pedagógicas

CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA.

En esta categoría competencial se han abordado aspectos referentes a dos subcategorías: conocimientos propios de salud inherentes a la profesión enfermera y conocimientos sobre otros elementos específicos de la disciplina pedagógica. Antes de comenzar el análisis, en la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos para esta categoría en la tercera ronda (Tabla 59).

Tabla 59. Resumen de valoración referente a la categoría competencial “Conoc. base para la enseñanza de salud en la escuela”.

									E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	Porcentaje _votos_3	Porcentaje _votos_4	Porcentaje _votos_5	
Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela	Conocimiento de la didáctica específica de la salud (4,43).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	,0	25,0	75,0
...	Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar (4,64).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4	,0	33,3	66,7
...	Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional, recursos externos y unidades educativas especiales) (4,50).	Media	4,50	CV	,15	Mediana	5,0	Moda	5	3	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	8,3	33,3	58,3
...	Conocimiento del currículum educativo (finalidades, objetivos y de qué manera se integra la promoción de salud en él) (4,57).	Media	4,33	CV	,18	Mediana	4,5	Moda	5	3	4	5	5	5	5	5	4	3	5	4	4	16,7	33,3	50,0
...	Conocimiento de la estructura de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar) (4,29).	Media	4,25	CV	,15	Mediana	4,0	Moda	4	4	4	5	5	5	4	4	5	3	4	4	4	8,3	58,3	33,3
...	Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud (4,64).	Media	4,25	CV	,18	Mediana	4,0	Moda	4	3	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	4	16,7	41,7	41,7
...	Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza (4,71).	Media	4,25	CV	,20	Mediana	4,5	Moda	5	3	3	5	5	5	5	4	5	3	5	4	4	25,0	25,0	50,0
...	Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje) (4,86).	Media	4,17	CV	,20	Mediana	4,0	Moda	5	3	3	5	5	5	4	4	4	3	5	5	4	25,0	33,3	41,7

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24.

Desde una perspectiva global se podría decir que se han obtenido unas puntuaciones más moderadas en lo que se refiere a la importancia de los ítems propuestos respecto de la anterior iteración. De la misma forma, el grado de consenso alcanzado también ha sido más limitado para esta ronda, no llegando a alcanzarse un nivel de convergencia definitivo en la mayoría de los ítems. Partiendo de aquí, se hace más necesario el análisis individualizado de cada uno de ellos, para esta categoría en cuestión.

En primer lugar, hay que subrayar que el elemento que mayor puntuación ha obtenido está relacionado con la disciplina pedagógica. Así el conocimiento de la didáctica

específica de la salud, ha sido valorado con las puntuaciones más altas (“bastante importante” y “muy importante”) por la totalidad del grupo, obteniendo una media $\bar{X}=4,75$ y un coeficiente de variación $CV=0,10$. Dicho elemento, que fue replanteado respecto de la segunda ronda, ha mejorado su valoración considerablemente respecto de la anterior iteración ($\bar{X}=4,43$ en la segunda ronda), probablemente porque dicho replanteamiento ha motivado a su mejor entendimiento, por lo que ha alcanzado la primera posición.

El conocimiento teórico-práctico de la materia o del tema que se va a impartir (en este caso, la salud) ha sido el único de los elementos que ha mantenido su nivel de alto acuerdo en cuanto a importancia se refiere en esta categoría competencial, logrando además un nivel elevado de consenso grupal en esta decisión ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,11$). Dicho elemento adquiere además especial interés por entenderse éste como el conocimiento propio de la profesión enfermera, que, en cierta manera, también ha sido abordado en la primera pregunta para la definición del PEPSEE. Una vez más, se observa que la formación pedagógica prevalece sobre el propio conocimiento enfermero en salud.

En lo que respecta a los otros conocimientos específicos de la disciplina pedagógica, se subraya en primer lugar, el conocimiento del contexto escolar y su estructura, ya que ha sido otro de los elementos mejor valorados para esta categoría en esta tercera ronda ($\bar{X}=4,50$; $CV=0,15$). De la misma forma, aunque con una valoración más limitada, el elemento relacionado con el conocimiento de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar), ha mantenido su puntuación moderada ($\bar{X}=4,25$; $CV=0,15$). El conocimiento del currículum educativo, sus finalidades y la manera en que la promoción de la salud está integrada en él, ha disminuido su puntuación media respecto de la segunda ronda ($\bar{X}=4,33$; $CV=0,18$).

Por otro lado, la valoración del resto de elementos —relacionados específicamente con el conocimiento de los alumnos— se ha transformado considerablemente en relación con la ronda anterior, alcanzando valores de importancia más frugales para esta categoría. De esta manera, el conocimiento de los estudiantes a quien se enseña: sus intereses personales en lo que respecta a la salud ($\bar{X}=4,25$; $CV=0,18$), las características particulares ($\bar{X}=4,17$; $CV=0,20$), así como de la comunidad donde se lleva a cabo dicha enseñanza ($\bar{X}=4,25$; $CV=0,20$), han obtenido una valoración media moderada, no

alcanzando tampoco un grado de consenso elevado para ninguno de los elementos. Sorprende observar que mientras estos elementos fueron altamente considerados por su importancia en la ronda anterior, con un grado de consenso también elevado; sin embargo, en esta última iteración han pasado a tener una consideración más exigua. Probablemente, el hecho de atribuir mayor importancia a ítems replanteados ha hecho perder consistencia a aquellos que no fueron sometidos a ninguna modificación. Este hecho ha dificultado, sin duda, la acción de posicionar dichos ítems en el ranking definitivo. Tal vez, sería necesaria una cuarta iteración para definir más claramente su posición, que finalmente ha quedado de la siguiente manera para esta categoría competencial (Tabla 60).

Tabla 60. Resumen de elementos categoría competencial “Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela”.
Elaboración propia.

1. Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela
Conocimiento de la didáctica específica de la salud.
Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar.
Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional, recursos externos, unidades educativas especiales).
Conocimiento del currículum educativo (finalidades, objetivos y de qué manera se integra la promoción de salud).
Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza.
Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud.
Conocimiento de la estructura de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar).
Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje).

COMPETENCIA INTERPERSONAL Y TRABAJO EN EQUIPO.

Esta categoría competencial, distribuida en las siguientes subcategorías: trabajo interdisciplinar, habilidades de relación interpersonal; manejo de conflictos; y adecuación al equipo; ha resultado en general con un mayor grado de acuerdo en lo que a su importancia se refiere, alcanzando, además, un elevado nivel consenso para la mayoría de los ítems propuestos. Los resultados de la tercera ronda se reflejan a continuación (Tabla 61).

Tabla 61. Resumen de valoración referente a la “Competencia interpersonal y trabajo en equipo”

		Media	CV	Mediana	5,0	Moda	5	1	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	Porcentaje _votos_3	Porcentaje _votos_4	Porcentaje _votos_5	
Competencia interpersonal y trabajo en equipo	Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar (4,64).	4,83	,08	5,0	5	5	1	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	,0	16,7	83,3	
	Capacidad para establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes (4,62).	4,83	,08	5,0	5	5	1	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	,0	16,7	83,3
	Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y comunidad (4,50).	4,83	,08	5,0	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	,0	16,7	83,3
	Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo (4,54).	4,83	,12	5,0	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	8,3	,0	91,7
	Capacidad de gestión de situaciones estresantes con el equipo, desarrollando inteligencia emocional (4,36).	4,75	,13	5,0	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	8,3	8,3	83,3
	Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud (4,57).	4,58	,15	5,0	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	3	4	5	5	4	5	8,3	25,0	66,7	
	Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro (4,50).	4,50	,15	5,0	5	5	1	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	3	5	8,3	33,3	58,3	
	Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad (4,86).	4,50	,18	5,0	5	5	1	5	4	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	5	16,7	16,7	66,7
	Flexibilidad en la aplicación de procedimientos según la situación educativa (4,36).	4,50	,18	5,0	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	3	4	3	5	4	5	16,7	16,7	66,7	
	Considerar los conflictos como oportunidad de aprendizaje (4,29).	4,42	,18	5,0	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	3	5	3	4	4	5	16,7	25,0	58,3	

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24.

Del análisis individualizado, parece claro que los elementos relacionados con la interdisciplinariedad para llevar a cabo acciones promotoras de salud en la escuela han adquirido gran importancia para el grupo. En base a esto, los ítems afines a una actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar, y la capacidad para establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes; han obtenido las puntuaciones medias más altas de todo el cuestionario (\bar{X} =4,83; CV=0,08 para ambos). Resulta interesante destacar aquí que, mientras en el grupo ha habido discrepancias en cuanto a la importancia de la incorporación del PEPSEE al claustro, sin embargo, sí se valora positivamente su participación en las diferentes propuestas curriculares. Estos elementos se convierten así, en los primeros del ranking propuesto para esta categoría.

En lo que respecta a la participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud, también incluida en esta subcategoría; si bien es cierto que ha obtenido una valoración alta de $\bar{X}=4,58$; y un consenso elevado $CV=0,15$ (con un porcentaje de respuestas incluidas en el intervalo predeterminado por la $Md\pm 1$ superior al 80%), sin embargo, esta valoración se ha visto mermada respecto de la segunda ronda, tal vez, porque se concibe que el profesional de enfermería no sólo debe participar de este proceso, sino ser líder del mismo. Esto también repercute en su posición en el ranking definitivo.

Las habilidades de relación interpersonal —como subcategoría predeterminada— también ha sido ampliamente considerada, y elementos tales como la adquisición de habilidades sociales efectivas y la actitud comunicativa de equipo, se han posicionado entre los primeros puestos de esta categoría competencial con una valoración media de $\bar{X}=4,83$ y un $CV=0,12$. La actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad ha menguado su posición en esta tercera iteración, al obtener una puntuación media más moderada ($\bar{X}=4,50$; $CV=0,18$). Cabe hacer mención de una de las observaciones sugeridas por los expertos (E_10) en que se refleja la importancia que se le ha otorgado a la referida actitud comunicativa.

E_10_habilidades_sociales_actitud_comunicativa: Importante comunicar al profesorado el 'planning' de nuestro trabajo, dejar que se expresen, incluir sus aportaciones. Presentar nuestro programa, evaluación y valoración a final de cada curso escolar.

En cuanto a la subcategoría relacionada con el manejo de los conflictos derivados de la acción promotora de salud (que se pueden dar dentro y fuera del centro escolar), se logra en esta tercera ronda una valoración más alta para uno de los ítems propuestos, que además queda posicionado en los primeros puestos del ranking. Así, la capacidad de negociación para llegar a acuerdos en la resolución de problemas con el equipo y la comunidad obtiene un acuerdo medio alto de importancia de $\bar{X}= 4,83$ con un $CV=0,08$. No ocurre lo mismo con la capacidad de considerar el conflicto como oportunidad de aprendizaje, que persiste en esta tercera ronda como el elemento menos valorado por el grupo dentro de esta categoría competencial ($\bar{X}=4,42$; $CV=0,18$), por lo se decide que dicho elemento debe ser eliminado del listado definitivo.

Por último, la subcategoría de adecuación al equipo ha continuado siendo la menos valorada en cuanto a importancia se refiere por parte del grupo. Tanto la habilidad para adaptarse a las diversas situaciones del proceso educativo, adecuando también los propios objetivos a los del equipo y del centro; como la flexibilidad en la aplicación de procedimientos colaborativos, adaptando las tácticas educativas a las diferentes situaciones del centro; han permanecido con una puntuación media moderada de $\bar{X}=4,50$, por lo que dichos ítems se posicionan al final del ranking. No ocurre lo mismo con la capacidad de gestión de situaciones estresantes a través de la inteligencia emocional, que tras su reformulación ha obtenido una puntuación media alta de $\bar{X}=4,75$, con un grado de convergencia también elevado $CV=0,13$, coincidiendo más del 80% de las respuestas en el intervalo establecido por la $Md\pm 1$. El listado de elementos para esta categoría competencial se distribuye de la siguiente manera (Tabla 62).

Tabla 62. Resumen de elementos para la "Competencia interpersonal y trabajo en equipo". Elaboración propia

3. Competencia interpersonal y trabajo en equipo
Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar.
Capacidad de establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes.
Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo.
Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y la comunidad.
Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud.
Capacidad de gestión de situaciones estresantes con el equipo, desarrollando inteligencia emocional.
Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad.
Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro.
Flexibilidad en la aplicación de procedimientos según la situación educativa.

HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA.

Para esta categoría se han propuesto ítems correspondientes a las cuatro subcategorías descritas en la primera ronda, que reflejan en su conjunto, las habilidades a desarrollar por el PEPSEE como buen mediador: valoración previa del proceso; organización y planificación; estrategia y método; evaluación (Tabla 63).

Tabla 63. Resumen de valoración referente a la categoría competencial “Habilidades de mediación pedagógica de salud”

						E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	Porcentaje _votos_3	Porcentaje _votos_4	Porcentaje _votos_5				
Habilidades de mediación pedagógica	Utilizar materiales y recursos didácticos adecuados (4,50).	Media	5,00	CV	,00	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	100,0
	Seleccionar estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados (4,78).	Media	4,92	CV	,06	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	0	8,3	91,7
	Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud (4,57).	Media	4,92	CV	,06	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	0	8,3	91,7
	Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes) (4,43).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	0	16,7	83,3
	Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo (4,43).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	0	16,7	83,3
	Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente (4,86).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	0	25,0	75,0
	Carácter flexible y adaptación al progreso de los alumnos (4,36).	Media	4,75	CV	,13	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	5	5	8,3	8,3	83,3
	Desarrollar procesos educativos de promoción de salud ajustados a la realidad escolar (4,86).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	0	33,3	66,7
	Atender a las diferencias individuales y de grupo (4,64).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	0	33,3	66,7
	Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de alumnos y comunidad escolar (4,50).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	0	33,3	66,7
	Establecer conexiones entre los conocimientos previos y los que se van adquiriendo (4,46).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	0	33,3	66,7
	Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud a enseñar (4,36).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	0	33,3	66,7
	Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo (4,57).	Media	4,67	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	4	5	5	8,3	16,7	75,0
	Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados (4,43).	Media	4,58	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	0	41,7	58,3
	Dinamización a través de la palabra y retroalimentación constante (4,43).	Media	4,50	CV	0,20	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	3	3	5	25,0	0	75,0
	Evaluación de proceso y resultados de aprendizaje del alumno, reajustando la acción pedagógica (4,79).	Media	4,42	CV	,15	Mediana	4,5	Moda	5	4	5	5	5	5	4	4	3	4	4	5	5	8,3	41,7	50,0
	Propiciar que el alumno valore su propio aprendizaje (4,43).	Media	4,42	CV	,15	Mediana	4,5	Moda	5	4	5	5	5	4	3	4	5	4	4	5	5	8,3	41,7	50,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24.

Haciendo análisis general, se puede afirmar que la mayoría de los ítems ha mejorado su posición en esta tercera ronda en cuanto a su importancia se refiere, alcanzando, además, un elevado grado de consenso grupal. Esto procura una idea sobre el nivel jerárquico que adquiere esta categoría competencial, convirtiéndose el desarrollo de habilidades de mediación pedagógica en un aspecto imprescindible para el PEPSEE.

En el análisis individualizado de la primera de las subcategorías abordadas —valoración previa del proceso—, la capacidad de explorar las potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes) ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$), así como identificar sus necesidades previas de aprendizaje en salud y las de la comunidad en que se desarrolla el proceso de enseñanza-aprendizaje y diseñar procedimientos en base a la realidad escolar ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,11$), atendiendo a las diferencias individuales y de grupo ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,11$), han sido los elementos mejor valorados para la acción mediadora del PEPSEE.

En lo que respecta a la subcategoría relacionada con la organización y planificación de las acciones educativas a desarrollar, que incluye elementos como la destreza para conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud a enseñar ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,11$), con flexibilidad y adaptación al progreso de los alumnos ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,13$ y más del 90% de las respuestas incluidas en el intervalo definido por la $Md\pm 1$), se ha obtenido una puntuación también alta.

Pero, sin duda, la subcategoría valorada como más importante por el grupo ha sido la relacionada con la estrategia y método del proceso a desarrollar en la acción promotora de salud. La habilidad de seleccionar las estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje más adecuados ($\bar{X}=4,92$; $CV=0,06$), e identificar los elementos de la acción educativa y/o entorno escolar que pueden influir positiva o negativamente en la salud ($\bar{X}=4,92$; $CV=0,06$), así como la habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$), y la capacidad de utilizar materiales y recursos didácticos apropiados ($\bar{X}=5,00$; $CV=0,00$), todos ellos se convierten en los elementos valorados por el grupo como más importantes para la acción mediadora del PEPSEE, siendo este último, además, el que ha obtenido la puntuación media más alta de todo el cuestionario con el beneplácito de todos los participantes.

De la misma forma, ítems correspondientes a esta subcategoría, tales como la habilidad de desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados ($\bar{X}=4,58$; $CV=0,11$) y establecer conexiones entre los dichos conocimientos y los que se van adquiriendo ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,11$), también adquieren especial importancia para los panelistas, alcanzando un grado de acuerdo y consenso alto. No ocurre lo mismo con la habilidad de propiciar que el alumno valore su propio aprendizaje ($\bar{X}=4,42$; $CV=0,15$). Para dicho ítem ha persistido en esta tercera ronda una puntuación moderada de las más bajas para esta categoría competencial. La dinamización a través de la palabra y retroalimentación constante como estrategia educativa para mantener la atención y activar al grupo ($\bar{X}=4,50$; $CV=0,20$), vuelve a adquirir un grado de importancia moderado en esta tercera ronda, no logran alcanzar el consenso definitivo, ya que el intervalo de respuestas resultante de la $Md\pm 1$ es inferior al 80% (75%), por lo que decide eliminarse dicho ítem del listado definitivo.

Por último, en lo que respecta a la subcategoría de evaluación, se observa que la propia autoevaluación de la práctica docente ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,10$) ha prevalecido sobre la evaluación del proceso educativo y resultados obtenidos del alumno ($\bar{X}=4,42$; $CV=0,15$), y sobre la capacidad de aceptación del error del alumno en dicho proceso ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,14$), que han adquirido una puntuación de acuerdo y consenso más limitada. Sorprende observar este descenso, teniendo en cuenta que en la anterior iteración fue uno de los elementos más valorados por el grupo. Lo que sí queda claro es que el grupo valora como imprescindible la necesidad de desarrollar una capacidad autocrítica para la mejora continua de la acción educativa. Se muestra a continuación el listado definitivo para esta categoría (Tabla 64).

Tabla 64. Resumen de elementos para la categoría competencial "Habilidades de mediación pedagógica". Elaboración propia

3. Habilidades de mediación pedagógica
Seleccionar estrategias y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados.
Utilizar materiales y recursos didácticos apropiados.
Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud.
Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes).
Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo.
Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente.
Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de los alumnos y de la comunidad escolar.

Diseñar procesos educativos ajustados a la realidad escolar, atendiendo a las diferencias individuales y de grupo.
Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados, y establecer conexiones entre éstos y los nuevos que se van adquiriendo.
Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud y las acciones orientadas hacia el fin educativo, adaptándose al progreso de los alumnos.
Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo.
Evaluación del proceso y resultado de aprendizaje del alumno de forma continua, reajustando la acción pedagógica, y propiciando que éste valore su propio aprendizaje.

COMUNICACIÓN EDUCATIVA.

A nivel general, esta categoría competencial ha continuado estando bien valorada por el grupo en esta tercera ronda, como ya lo fue en la segunda, obteniendo la totalidad de los ítems una valoración elevada en cuanto a su importancia se refiere, y alcanzando el consenso definitivo en la mayoría de ellos. Cabe recordar que la comunicación educativa, como categoría competencial, fue distribuida en dos subcategorías a partir de las cuales se desarrolla el análisis: habilidades del lenguaje (referido al lenguaje verbal y no verbal) y habilidades sociales comunicativas. En la siguiente tabla, se detallan los resultados obtenidos en esta tercera iteración (Tabla 65).

Tabla 65. Resumen de valoración referente a la categoría competencial de “Comunicación educativa”

						E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	Porcentaje _votos_3	Porcentaje _votos_4	Porcentaje _votos_5	
Comunicación educativa	Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al nivel del alumno (4,64).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5												
	Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos (4,64).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5												
	Mantener diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta (4,71).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5												
	Usar elementos propios del lenguaje no verbal (gestos, miradas...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza (4,64).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5												

Acción discursiva coherente y motivadora (4,43).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	,0	33,3	66,7
Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos (4,71).	Media	4,67	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	8,3	16,7	75,0
Actitud comunicativa conciliadora y armónica con los alumnos, basada en los acuerdos (4,71).	Media	4,67	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	4	5	5	8,3	16,7	75,0
Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición (4,71).	Media	4,58	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	,0	41,7	58,3

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

El resultado obtenido a nivel general para esta categoría deja poco margen para el análisis individualizado. Enmarcada en la primera de las subcategorías referidas, los ítems relacionados con la capacidad de desarrollar una acción discursiva adecuada — lenguaje verbal específicamente—, han sido los ítems mejor valorados por el grupo. Así, el desarrollo de habilidades lingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje al grupo al que va dirigida la acción educativa, respetando todos los aspectos paralingüísticos que acompañan al discurso (ritmo, entonación, entre otros), adecuando el mensaje a los intereses y necesidades del educando; han obtenido la puntuación más alta del panel ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$). En la misma línea, la capacidad para mantener un diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta, ha sido otro de los elementos mejor valorados por el grupo, manteniendo su posición respecto de la segunda ronda, siendo puntuado por el 75% de los panelistas con el máximo valor “muy importante” y el otro 25% restante como “bastante importante” ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,10$).

Asimismo, la capacidad de utilizar un lenguaje aseverativo, expresivo y coherente, capaz de estimular intelectualmente, atraer y mantener la atención del alumno (hablar adecuadamente, con claridad, fluidez y propiedad, entre otras), evitando la autoridad e imposición, también han sido altamente valorados por el panel con puntuaciones medias de $\bar{X}=4,67$ y $X=4,75$, respectivamente, alcanzando un alto grado de homogeneidad en la respuesta grupal ($CV=0,10$). De todo esto se deduce que la acción discursiva y todos los aspectos lingüísticos que lo acompañan, adquieren una especial relevancia para el PEPSEE. Uno de los expertos (E_14) alude explícitamente a este elemento remarcando la importancia de utilizar un lenguaje conveniente.

E_14_habilidades_lingüísticas_paralingüísticas: “Utilización de un “lenguaje impecable” [...] es aquel tipo de lenguaje que no sólo aporta la mirada correcta ante la situación que se presenta, sino que además permite la evolución positiva del aprendizaje y el propio desarrollo personal”.

Por otro lado, los elementos propios del lenguaje no verbal, tales como gestos y miradas, entre otros, como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza, también han mantenido un grado de acuerdo y consenso elevado, mejorando incluso su puntuación en esta tercera ronda respecto de la segunda ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,10$ frente a $\bar{X}=4,64$; $CV=0,14$). Es por este motivo, que dichos ítems se posicionan entre los primeros elementos en el ranking definitivo.

Y finalmente, en lo que respecta a la segunda subcategoría —habilidades sociales comunicativas— sorprende observar que, aunque el grado de acuerdo en cuanto a su importancia se ha mantenido alto, no ha ocurrido lo mismo con el grado de consenso obtenido, que ha menguado respecto de la ronda anterior, obteniendo una puntuación moderada de inicio ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,14$). Tal vez esto venga motivado porque ciertas habilidades sociales (empatía, escucha activa, asertividad, entre otras), se consideran propias de la profesión enfermera como vehículo reforzador de la relación profesional-paciente. Recurriendo al segundo de los criterios para clarificar si finalmente se alcanza el consenso definitivo en dichos ítems, se ha calculado el porcentaje de respuestas incluidas en el intervalo de la $Md\pm 1$, que ha resultado ser del 91,7%. Esto significa, que únicamente uno de los expertos ha diferido de la mayoría del grupo, por lo que dichos ítems alcanzarían el consenso alto esperado. De esta manera, los elementos relacionados con el saber estar, tales como la actitud comunicativa armónica y conciliadora con los alumnos, afectiva y de cercanía; así como flexible y tolerante a la participación y actuaciones de estos —tan necesaria como vínculo interpersonal y confianza en la relación educativa—, también pasan a formar parte del ranking final. Cabe, además, destacar una de las observaciones subjetivas de los expertos (E_14) en relación con este aspecto.

E_14_Actitud_comunicativa_conciliadora: “Comunicación afectiva. Es una forma de contemplar en el lenguaje la capacidad de generar relación de ayuda a través de la proximidad en la comunicación desde un lenguaje no sólo efectivo, sino también afectivo”.

Con estos resultados se confirma una vez más, la importancia que el grupo otorga a la competencia comunicativa para el PEPSEE, insistiendo en la necesidad de usar técnicas comunicativas eficaces y coherentes con el proceso de enseñanza-aprendizaje en salud, que motiven el desarrollo no sólo del alumno, sino también para el propio

desarrollo personal y profesional. Hay que tener en cuenta que la comunicación ya es uno de los aspectos substanciales de la disciplina enfermera en la atención al individuo, ya que, a través de la comunicación con el paciente se fortalece su relación terapéutica.

Después de este análisis, el listado de elementos para esta categoría competencial queda de la siguiente manera (Tabla 66).

Tabla 66. Tabla resumen sobre la categoría competencial “Comunicación educativa”. Elaboración propia.

4. Comunicación educativa
Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al del alumno
Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos.
Mantener un diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta.
Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición.
Acción discursiva coherente y motivadora.
Usar elementos propios del lenguaje no verbal (miradas, gestos...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza.
Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos; conciliadora y armónica, basada en los acuerdos. Lenguaje afectivo.

ACTITUD DOCENTE COMPETENTE.

Haciendo un análisis global de esta categoría competencial enmarcada en la dimensión del “saber estar”, y centrada en la actitud pedagógica constructiva del profesional; se puede observar que todos los ítems continúan siendo considerados de alta importancia en la tercera ronda, con un grado de consenso grupal también elevado. También se observa que ha habido pocas diferencias en lo que se refiere a la puntuación otorgada a dichos ítems, siendo ésta definitiva para su posicionamiento en el ranking final. Asimismo, el grupo de expertos no ha hecho sugerencias ni observaciones subjetivas para esta categoría competencial, lo que hace pensar que todos los ítems sugeridos han sido acertados para la categoría en cuestión en esta tercera ronda, y ha facilitado, en parte, el análisis cualitativo individualizado. En la siguiente tabla (Tabla 67) puede verse el resumen de estos resultados.

Tabla 67. Resumen de valoración referente a la categoría competencial de “Actitud docente competente”.

Actitud docente competente		Media	CV		Mediana	5,0	Moda	5	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	Porcentaje _votos_3	Porcentaje _votos_4	Porcentaje _votos_5
Actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación (4,86).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	0	16,7	83,3
Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica (4,79).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	0	16,7	83,3
Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud (4,71).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	0	25,0	75,0
Disposición a compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa (4,71).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	0	25,0	75,0
Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa (4,93).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	0	33,3	66,7
Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica (4,86).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	0	33,3	66,7
Actitud constructiva y positiva hacia el aprendizaje en salud (4,79).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	0	33,3	66,7
Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos (4,57).	Media	4,58	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	0	41,7	58,3

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Atendiendo al análisis individualizado, se observa que los ítems relacionados con la actitud de tolerancia y respeto las diferencias en educación ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$), y la actitud receptiva a las vivencias de los educandos y a la realidad en que están inmersos, entendida dentro de la relación pedagógica ($\bar{X}=4,58$; $CV=0,11$), han mantenido en la tercera ronda puntuaciones altas.

Por otro lado, en lo que respecta a la subcategoría de actitud proactiva, el elemento relacionado con la capacidad de mantener una disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica ha sido altamente considerado por el grupo ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$). Del mismo modo, la actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud, así como la disposición a compartir ideas y aprender con los alumnos y el resto de la comunidad educativa; son elementos que han obtenido una puntuación media alta, y un alto grado de homogeneidad en la respuesta grupal ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,10$).

Por último, incluido en la subcategoría de disposición colaborativa, una actitud constructiva positiva hacia el aprendizaje en salud, con disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa, así como la actitud dialógica de negociación en la relación pedagógica, adquieren un profundo sentido también en esta tercera ronda ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,11$). Tal vez esto venga motivado porque la relación de

ayuda y dialógica con la persona es inseparable de la profesión enfermera, formando parte de sus objetivos de acción.

Con estos resultados se constata la necesidad del PEPSEE de desarrollar una actitud pedagógica constructiva y abierta, que lo reafirme como profesional competente para asumir el rol docente y guiar en la construcción de conocimiento en salud en el entorno escolar, quedando el listado definitivo de la siguiente manera (Tabla 68).

Tabla 68. Tabla resumen sobre la categoría competencial “Actitud docente competente”. Elaboración propia.

5. Actitud docente competente	
Actitud de tolerancia y respeto ante la realidad de los alumnos y las diferencias en la educación	
Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica.	
Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud.	
Disposición a compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa.	
Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica.	
Actitud constructiva positiva hacia el aprendizaje en salud.	
Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa.	
Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos.	

VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENCIÓN ÉTICA.

A nivel global, en esta categoría —distribuida en las subcategorías de responsabilidad, consciencia y compromiso con la acción pedagógica promotora de salud— se ha conseguido obtener un grado de acuerdo y consenso alto para la mayoría de los ítems. A continuación, se resume en la siguiente tabla los resultados obtenidos para esta tercera ronda (Tabla 69).

Tabla 69. Resumen de valoración referente a la categoría competencial de “Valores profesionales inherentes a la dimensión ética”.

																Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje					
		Media	CV	D6	Mediana	5,0	Moda	5	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	_votos_3	_votos_4	_votos_5
Valores profesionales inherentes a la dimensión ética	Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente (4,79).	4,92			5,0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	0	8,3	91,7
	Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente (4,57).	4,92			5,0	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	0	8,3	91,7

Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente (4,29).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	,0	16,7	83,3
Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad (4,86).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	,0	25,0	75,0
Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud (4,71).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	,0	25,0	75,0
Autoreflexión y autovaloración sobre la propia acción pedagógica (4,50).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	,0	25,0	75,0
Reconocimiento interno de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa (4,21).	Media	4,42	CV	,15	Mediana	4,5	Moda	5	5	5	5	5	3	5	4	4	4	4	4	4	4	8,3	41,7	50,0

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Los elementos referidos a la responsabilidad profesional docente, relacionado específicamente con la capacidad de desarrollar una ética en el buen uso de las competencias profesionales, para llevar a cabo las intervenciones pedagógicas de promoción de salud en la escuela; ha mantenido su grado alto de importancia respecto de la ronda anterior ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,10$). De igual forma ha sido considerado el elemento de autorreflexión permanente sobre la propia acción pedagógica, valorando cómo se está actuando ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,10$), y al elemento de actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente, —también vinculado a la subcategoría de la responsabilidad—, que además obtiene la máxima puntuación para esta categoría competencial ($\bar{X}=4,92$; $CV=0,06$). Una vez más se comprueba con este resultado, que la capacitación pedagógica adquiere importancia para el grupo, en el desempeño de intervenciones educativas de salud responsables y eficaces.

Por otro lado, en lo que se refiere al ítem relacionado con la capacidad de reconocerse a sí mismo tomando conciencia de su rol docente, ha sido otro de los elementos destacados que ha marcado la diferencia con respecto a la segunda ronda, adquiriendo una alta importancia para el grupo y un grado de consenso elevado en esta decisión ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$). Asimismo, la motivación personal por ejercer dicho rol ha sido altamente valorada ($\bar{X}=4,92$; $CV=0,06$). Con ello se confirma la importancia que ha otorgado el grupo a la adquisición de determinados valores emocionales inherentes al

rol docente, predisposición y satisfacción personal. El reconocimiento interno por parte del profesional de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa ha permanecido con una valoración moderada ($\bar{X}=4,42$; $CV=0,15$), la más baja de la categoría, tanto en la segunda como en la tercera ronda, por lo que se decide eliminar al considerarse incluida en el reconocimiento individual del rol docente.

Por último, la subcategoría del compromiso con la docencia, que adquiría en la segunda ronda el mayor grado de acuerdo y consenso para esta categoría, ha mantenido esta valoración en la tercera ronda. Así, el compromiso de contribuir al bienestar individual y social en la escuela a través de un ejercicio docente de calidad ha obtenido una puntuación media de $\bar{X}=4,75$ y un alto grado de consenso de 0,07, por lo que se reafirma la relevancia del compromiso con el buen uso de las competencias profesionales enfermeras en el ejercicio docente de la promoción de salud, que dotaría de sentido al PEPSEE. Desde esta perspectiva, el listado definitivo de los elementos para esta categoría queda de la siguiente manera (Tabla 70).

Tabla 70. *Tabla resumen de elementos relacionados con los valores profesionales inherentes a la dimensión ética. Elaboración propia.*

6. Valores profesionales inherentes a la dimensión ética.
Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente.
Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad por el que pueda ser reconocido.
Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente.
Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud.
Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente.
Autorreflexión sobre la propia acción pedagógica.

INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA EN PROMOCIÓN DE SALUD.

Haciendo análisis general de esta categoría respecto de la segunda ronda, se observa que el grupo de expertos se reafirma en su opinión para la mayoría de los ítems en la tercera iteración, quedando estos consolidados, por tanto, en el listado definitivo. En la siguiente tabla (Tabla 71) se describen los resultados obtenidos.

Tabla 71. Resumen de valoración referente a la categoría competencial de “Investigación pedagógica en promoción de salud”

																			Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje																	
																			_votos_3	_votos_4	_votos_5																	
Investigación pedagógica en promoción de salud	Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como los factores asociados a dicho estado (4,64).	Media	4,92	CV	,06	Mediana	5,0	Moda	5	E_1	4	E_2	5	E_3	5	E_4	5	E_5	5	E_6	5	E_7	5	E_8	5	E_9	5	E_12	5	E_13	5	E_14	5			,0	8,3	91,7
	Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante. (4,71).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5		5		5		5		5		5		5		5		5		4		4		5			,0	16,7	83,3		
	Actualización constante en contenidos de salud (4,62).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5		5		5		5		5		5		5		5		5		4		4		5			,0	16,7	83,3		
	Actualización continua en docencia, redefiniéndose en base a líneas pedagógicas innovadoras (4,57).	Media	4,83	CV	,08	Mediana	5,0	Moda	5		5		5		5		5		5		5		5		5		4		4		5			,0	16,7	83,3		
	Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela (4,71).	Media	4,50	CV	,18	Mediana	5,0	Moda	5		3		5		5		5		5		5		5		4		5		4		3		5		16,7	16,7	66,7	

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

Por un lado, desde el punto de vista sanitario, se comprueba que la investigación y actualización constante en salud y promoción de salud en la escuela, ha mantenido su valoración positiva en esta tercera ronda, mejorando incluso la puntuación media tanto en su importancia como en el grado de consenso alcanzado. En base a esto, el elemento relacionado con la exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como aquellas condiciones y factores que favorecen el bienestar, ha sido el mejor considerado por el grupo ($\bar{X}=4,92$; $CV=0,06$). Cabe subrayar, además, una aportación subjetiva relacionada con este ítem, en la que uno de los panelistas (E_6) recalca la importancia que tendría para el PEPSEE, la evaluación del impacto de salud alcanzado con su intervención promotora de salud, tanto en el alumnado como en la comunidad.

E_6_exploración_permanente_población: “Evaluación continua del impacto que está teniendo la intervención promotora de salud en la salud del alumnado y comunidad educativa”.

Dicho comentario, otorga una importancia aún mayor a este elemento competencial, haciendo que éste quede consolidado entre los primeros puestos del ranking definitivo.

La actualización constante en contenidos de salud ha sido otro de los elementos altamente considerados por el grupo, siendo valorada por diez de los doce expertos

como “muy importante” ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$). En lo que respecta al elemento relacionado con la búsqueda de políticas y programas eficaces de promoción de salud y las propuestas para ponerlos en práctica, que ha obtenido una puntuación más moderada en esta ronda ($\bar{X}=4,50$; $CV=0,18$), cabe destacar una de las observaciones subjetivas, donde uno de los expertos (E_14) reflexiona sobre la importancia de explorar aquellos modelos apropiados para la promoción de salud en la escuela, haciendo especial hincapié en la “utilización de modelos positivos salutogénicos”.

E_14_ actualización_ constante_ contenidos: “No sólo es necesario la actualización en contenidos, también [...] es necesario poder contemplar el modelo y la mirada desde el que se trabaja”.

Por otro lado, desde el punto de vista pedagógico, redefinirse en la docencia en base a unas líneas pedagógicas innovadoras, con estrategias y métodos, así como materiales y recursos docentes actualizados y adaptados al cambiante entorno escolar; han sido elementos valorados también como “muy importante” por la mayoría del grupo ($\bar{X}=4,83$; $CV=0,08$).

Haciendo análisis de estos resultados conjuntamente, se puede decir que dan sentido a la competencia de investigación pedagógica en promoción de salud. Como se puede comprobar, el grupo ha otorgado el mismo grado de importancia a las dos vertientes investigativas, dejando claro la importancia que adquiere para el PEPSEE una base de conocimiento científico, tanto en promoción de salud como en docencia. Se muestra a continuación el ranking de ítems para esta categoría competencial (Tabla 72).

Tabla 72. Tabla resumen sobre la categoría “Investigación en Promoción de Salud”. Elaboración propia.

7. Investigación en Promoción de Salud
Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como de aquellas condiciones y factores que favorecen el bienestar, evaluando el impacto de la intervención promotora en la salud del alumnado y comunidad.
Actualización constante en contenidos de salud.
Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela.
Actualización continua en docencia en base a líneas pedagógicas innovadoras.
Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante.

COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA.

Esta categoría competencial, que fue controvertida en la segunda ronda por las discrepancias obtenidas entre el grupo de expertos, requirió de la reformulación de la mayoría de los ítems, quedando distribuida, por tanto, en ocho elementos relacionados con la capacidad digital del profesional para desarrollar su actividad en la escuela, a través del uso de las TIC; y con la capacidad de innovación y creatividad, una manera innovadora de pensar en la promoción de salud.

Haciendo análisis global de las respuestas de los expertos en esta tercera ronda, se comprueba que la valoración ha mejorado en general, alcanzando incluso algunos de los elementos un grado de importancia y consenso alto. No obstante, se percibe que, como categoría, no ha sido tan considerada para el PEPSEE como lo han sido otras en este análisis. Tal vez, la reflexión de uno de los expertos (E_10) sobre el tema sea el motivo por el cual no se ha alcanzado el nivel deseado de relevancia.

E:10_capacidad_comunicarse_TIC: “Hoy en día se hace imprescindible tener unos mínimos de conocimientos de las TIC, pues la era que vivimos así lo requiere. Pero no olvidemos un factor humano, que es el contacto personal (donde el uso de la palabra, la forma de transmitir verbalmente y visualmente), hace que los mensajes tengan una fuerza que no tiene la forma impersonal de las TIC”.

En la siguiente tabla (Tabla 73) se observan los resultados obtenidos en esta categoría competencial.

Tabla 73. Resumen de valoración referente a la “Competencia digital e innovación pedagógica”.

		Media	CV	Mediana	Moda	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	Porcentaje _votos_3	Porcentaje _votos_4	Porcentaje _votos_5
Competencia digital e innovación pedagógica	Capacidad para expresarse y comunicarse con el alumnado y la comunidad (tanto de forma sincrónica como asincrónica) utilizando lenguaje propio de las TIC (3,93).	4,67	,14	5,0	5	4	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	5	8,3	16,7	75,0
	Capacidad creativa y de innovación, poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC (4,38).	4,58	,11	5,0	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	,0	41,7	58,3
	Domínio de herramientas TIC y ambientes virtuales de aprendizaje en salud (4,21).	4,58	,15	5,0	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5	4	4	5	8,3	25,0	66,7

Capacidad para organizar, planificar y evaluar a través de las TIC (4,43).	Media	4,50	CV	,15	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	3	5	8,3	33,3	68,3
Habilidad para optimizar los procesos educativos a través de las TIC (4,23).	Media	4,50	CV	,15	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	5	3	4	5	4	4	5	8,3	33,3	68,3	
Participación en redes y comunidades educativas y de salud a través de las TIC (4,08).	Media	4,42	CV	,15	Mediana	4,5	Moda	5	5	5	5	5	5	4	3	4	5	4	4	4	8,3	41,7	50,0	
Dominio en redes sociales utilizadas como TEP (Tecnologías de Empoderamiento y Participación), tales como Facebook o Twitter, para el posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela (3,83).	Media	4,42	CV	,18	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	4	5	4	3	5	5	5	5	4	3	16,7	25,0	68,3
Dominio y utilización de las TIC en el área investigativa (ítem adicional)	Media	4,45	CV	0,18	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	0	5	4	3	5	5	5	5	3	5	18,2	18,2	63,6

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

La subcategoría relacionada con la capacidad creativa y de innovación, poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC; ha sido considerada y reconocida por el grupo de expertos positivamente, consiguiendo en esta tercera ronda una de las puntuaciones más elevadas para esta categoría ($\bar{X}=4,58$; $CV=0,11$). Con ello el grupo se reafirma en que el cambio y la innovación implica también una cuota de creatividad.

En lo que se refiere a la capacidad digital del PEPSEE en las diferentes áreas de actuación en la escuela, destaca especialmente el área comunicativa. Así, la capacidad para expresarse y comunicarse con el alumnado y comunidad utilizando el lenguaje propio de las TIC (chat, mail, entre otras), obtiene la puntuación más alta para esta categoría ($\bar{X}=4,67$), alcanzando además un alto consenso grupal ($CV=0,14$). Sin embargo, la participación en redes y comunidades educativas y de salud a través de las TIC ($\bar{X}=4,42$; $CV=0,15$), así como el dominio de redes sociales TEP (Tecnologías de Empoderamiento y Participación) –Facebook, Twitter, entre otras– para el posicionamiento enfermero sobre la promoción de salud en la escuela ($\bar{X}=4,42$; $CV=0,18$) han conseguido alcanzar una valoración moderada respecto de la segunda ronda, en que no se consideraron un aspecto importante. De esto se deduce que, con los ítems reformulados, estos elementos han sido más entendidos y han alcanzado un mayor consenso de grupo, ya que la $Md\pm 1$ ha sido superior al 80% en ambos casos.

Por otro lado, en lo que respecta al área pedagógica-tecnológica, es decir, la capacidad para desarrollar su actividad profesional y construir el conocimiento a través de recursos tecnológicos, el dominio de herramientas TIC y ambientes virtuales de aprendizaje en salud, también se posiciona entre los primeros puestos en el ranking definitivo, al haber alcanzado en esta tercera ronda un grado de importancia alta ($\bar{X}=4,58$), y un consenso considerado también alto con un $CV=0,15$ con el 91,7% de las respuestas marcadas para este ítem como “bastante importante” y “muy importante”.

El desarrollo de la capacidad para organizar, planificar y evaluar los procesos educativos de salud, así como la habilidad para optimizar los procesos educativos a través de las TIC, mantienen ambos elementos una valoración de grupo moderada ($\bar{X}=4,50$; $CV=0,15$). Con ello se advierte que la capacidad digital profesional en el área de gestión adquiere menos importancia para el PEPSEE, que en el área pedagógica-tecnológica y que en el área comunicativa.

Por último, el ítem añadido para esta tercera ronda relacionado con el dominio de las TIC en el área investigativa adquiere una importancia moderada para esta categoría competencial ($\bar{X}=4,45$), con un consenso también moderado ($CV=0,18$). De esta manera, el resumen de ítems para esta categoría competencial se resuelve de la siguiente manera (Tabla 74).

Tabla 74. *Tabla resumen sobre los elementos relacionados con la Competencia digital e innovación pedagógica. Elaboración propia.*

8. Competencia digital e innovación pedagógica
Capacidad creativa y de innovación, poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC.
Capacidad para expresarse y comunicarse con el alumnado y la comunidad (tanto de forma sincrónica como asincrónica) utilizando el lenguaje propio de las TIC.
Capacidad para organizar, evaluar y optimizar los procesos educativos a través de las TIC.
Dominio de las herramientas TIC y ambientes virtuales de aprendizaje en salud.
Participación en redes y comunidades educativas de salud a través de las TIC. Utilización de redes sociales TEP (Facebook, Twitter...) para el posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela.
Dominio y utilización de las TIC en el área investigativa.

COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO.

Esta categoría competencial ha estado conformada por los elementos relacionados con el control y la capacidad de acción tanto en el aula como fuera de ésta. Por un lado, destacando la necesidad del PEPSEE de desarrollar un liderazgo directo en el propio proceso pedagógico, y por otro, ejerciendo un liderazgo indirecto convirtiéndose en protagonista e instrumento clave en la mejora de la promoción de salud en la escuela, con autonomía para coordinar intervenciones de promoción de salud consensuadas y tomar decisiones acerca de aquellos aspectos que puedan inhibir dicho progreso. En la siguiente tabla, queda reflejado el camino que ha tomado esta categoría en la tercera ronda (Tabla 75).

Tabla 75. Resumen de valoración referente a la “Coordinación y liderazgo educativo”

								E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	E_7	E_8	E_9	E_12	E_13	E_14	Porcentaje _votos_3	Porcentaje _votos_4	Porcentaje _votos_5		
Coordinación y liderazgo educativo	Liderar el cambio en lo que respecta a la experimentación de ideas promotoras de salud en la escuela (4,57).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	,0	25,0	75,0	
	Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud (4,50).	Media	4,75	CV	,10	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	,0	25,0	75,0	
	Impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza en salud, y participar de éstas (4,57).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	,0	33,3	66,7	
	Crear condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje, así como las condiciones que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa (4,57).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	,0	33,3	66,7	
	Promover espacios de participación para la creación de intervenciones promotoras de salud (4,50).	Media	4,67	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	,0	33,3	66,7	
	Capacidad para promover la cultura de promoción de la salud en el centro escolar (4,36).	Media	4,67	CV	,14	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	4	9,3	16,7	75,0	
	Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud (4,57).	Media	4,58	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	,0	41,7	58,3	
	Coordinar intervenciones de promoción de salud consensuadas (4,57).	Media	4,58	CV	,11	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	,0	41,7	58,3	
	Cambiar las condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en salud (4,50).	Media	4,33	CV	,20	Mediana	5,0	Moda	5	5	5	5	5	3	5	4	4	5	3	3	25,0	16,7	58,3	
	Control y capacidad de acción en el aula, liderando el proceso de enseñanza en el aula (4,14).	Media	4,33	CV	,20	Mediana	5,0	Moda	5	4	5	5	5	5	3	5	5	4	3	5	3	25,0	16,7	58,3

Fuente: extraída del análisis con SPSS Statistics 24

A nivel general, se puede afirmar que esta categoría competencial ha adquirido en la tercera ronda más importancia, llegando a alcanzar el consenso definitivo en la

mayoría de los ítems. Con toda probabilidad, la reformulación de algunos de éstos en la tercera ronda, han determinado la decisión del grupo.

Haciendo análisis más individualizado, tal y como sucedía en la segunda ronda, los elementos relacionados con el liderazgo indirecto siguen teniendo una mejor aceptación por parte de los panelistas. Desde esta perspectiva, la capacidad de impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza de salud y participar de éstas ($\bar{X}=4,67$; $CV=0,11$), liderando el cambio en la experimentación de ideas promotoras de salud ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,10$), han sido los ítems que han mantenido el grado de importancia más alta para esta categoría, por lo que claramente se posicionan en el primer puesto del ranking definitivo. El ítem relacionado con la habilidad para cambiar las condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en salud mantiene su posición respecto de la segunda ronda, ($\bar{X}=4,33$; $CV=0,18$).

Pero, sin duda, la implicación del PEPSEE en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud (planificación, coordinación y evaluación de la enseñanza), ha sido uno de los elementos más destacables en esta tercera ronda, al haber mejorado sustancialmente su puntuación en esta tercera ronda, alcanzando también un consenso de grupo alto ($\bar{X}=4,75$; $CV=0,10$). Además, uno de los expertos (E_10) hace alusión directa hacia este elemento, por lo que pasa también a formar parte de los primeros puestos del listado definitivo.

E_10_implicación_desarrollo_políticas: "Las enfermeras [...] deben ser, en el presente y el futuro, las expertas y líderes, que lideren políticas de educación y promoción de la salud a nivel macro y micro educativo".

Otros elementos de liderazgo indirecto que precisaron de reformulación por las discrepancias surgidas en la segunda ronda, finalmente se han consolidado con un alto grado de acuerdo y consenso en esta tercera ronda. Así, la capacidad de crear las condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje y que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa en acciones promotoras de salud, promoviendo espacios de participación, obtienen una puntuación alta de $\bar{X}=4,57$ y $CV=0,11$. En esta misma línea, la capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud, y de coordinar intervenciones de salud consensuadas, también han sido bien valorados por el grupo ($\bar{X}=4,58$; $CV=0,11$). Y el ítem relacionado

con la capacidad de suscitar la cultura de promoción de salud en el centro escolar se consolida finalmente en el listado definitivo con una puntuación media de $\bar{X}=4,67$ y un grado de consenso moderado-alto, al obtener $CV=0,14$ y quedar el 91,7% de las respuestas en el intervalo definido por la $Md\pm 1$. Cambiar las condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en salud obtiene una valoración moderada ($\bar{X}=4,33$), aunque no logra alcanzar el consenso definitivo ($CV=0,20$; $Md\pm 1=75\%$), por lo que se decide eliminar del ranking.

Por último, cabe destacar que no se consigue el grado de importancia deseado ni el consenso definitivo para el liderazgo directo en el aula en esta tercera ronda, quedando por tanto con una puntuación moderada ($X=4,33$; $CV=0,20$; $Md\pm 1=75\%$). Como se puede observar, persisten las discrepancias y el grupo no termina de ponerse de acuerdo en cuanto a esta posición de líder del profesional enfermero en la acción más directa del proceso pedagógico, como es la docencia. Tal vez, porque se concluye que debe ser el tutor, el que ejerza dicho rol. Por este motivo, se decide eliminar este ítem del ranking definitivo. Dicho esto, el listado definitivo para esta categoría se estructura de la siguiente manera (Tabla 76).

Tabla 76. Tabla resumen sobre la categoría competencial “Comunicación educativa”. Elaboración propia.

9. Coordinación y liderazgo educativo
Capacidad de impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza de salud y participar de éstas.
Liderar el cambio en la experimentación de ideas promotoras de salud.
Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud.
Crear las condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje y que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa, promoviendo espacios de participación
Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud, y coordinar las intervenciones consensuadas.
Promover la cultura de promoción de la salud en el centro escolar.

Una vez realizada la ordenación de todos los ítems analizados en esta tercera ronda —11 rasgos definitorios del PEPSEE y 81 elementos competenciales— en función del grado de acuerdo en cuanto a su relevancia y el grado de consenso grupal, se obtenido el siguiente resultado: 7 ítems no han llegado al nivel mínimo de acuerdo ni de consenso. Otros 47 han alcanzado alto nivel de acuerdo y también de consenso. Y 38 ítems han obtenido puntuaciones moderadas de acuerdo y/o consenso, siendo preciso optar por

otros criterios para tomar una decisión. Se presenta a continuación, el listado concluyente de los rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE generado a partir de estos resultados (

Tabla 77).

Para concretar los elementos de la tabla definitiva se han fusionado aquellos que —perteneciendo a una misma subcategoría— habían sido desglosados para una mayor precisión en la valoración experta. Una vez analizados, algunos de ellos se han vuelto a combinar al recibir similares puntuaciones de acuerdo y consenso. Así pues, después de 2.941 respuestas analizadas a lo largo de las tres rondas, el perfil del PEPSEE queda concretado en 9 rasgos definitorios y 66 elementos competenciales distribuidos en nueve categorías.

Tabla 77. Rasgos definitorios y competencias pedagógicas del PEPSEE. Tabla resumen definitiva.

RASGOS DEFINITORIOS DEL PEPSEE

1. Posee conocimientos y habilidades específicas para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces.
2. Guía y orienta al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud.
3. Utiliza metodología pedagógica apropiada y domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica.
4. Adquiere el compromiso de educar y se concibe como parte del proceso educativo.
5. Promueve el empoderamiento (que el alumno se convierta en protagonista en la construcción del propio conocimiento y adquiera responsabilidad en sus decisiones de salud en beneficio individual y comunitario).
6. Estimula acciones de salud a través de la relación interdisciplinar.
7. Entiende al educando desde una perspectiva integral abarcando todos los problemas a lo largo de su escolarización.
8. Posee “el saber” propio de la profesión enfermera.
9. Desarrolla sensibilidad docente, valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera.

COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PEPSEE

1. Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela.

- 1.1. Conocimiento de la didáctica específica de la salud.
- 1.2. Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar.
- 1.3. Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional, recursos externos unidades educativas especiales).
- 1.4. Conocimiento del currículum educativo (finalidades, objetivos y de qué manera se integra la promoción de salud en él).
- 1.5. Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza.
- 1.6. Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud.
- 1.7. Conocimiento de la estructura de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar).
- 1.8. Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje).

2. Competencia interpersonal y trabajo en equipo.

- 2.1. Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar.
- 2.2. Capacidad de establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes.

- 2.3. *Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo.*
- 2.4. *Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y la comunidad.*
- 2.5. *Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud.*
- 2.6. *Capacidad de gestión de situaciones estresantes con el equipo, desarrollando inteligencia emocional*
- 2.7. *Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad.*
- 2.8. *Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro.*
- 2.9. *Flexibilidad en la aplicación de procedimientos según la situación educativa.*

3. Habilidades de mediación pedagógica.

- 3.1. *Seleccionar estrategias y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados.*
- 3.2. *Utilizar materiales y recursos didácticos apropiados.*
- 3.3. *Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud.*
- 3.4. *Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes).*
- 3.5. *Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo.*
- 3.6. *Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente.*
- 3.7. *Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de los alumnos y de la comunidad escolar.*
- 3.8. *Diseñar procesos educativos ajustados a la realidad escolar, atendiendo a las diferencias individuales y de grupo.*
- 3.9. *Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados, y establecer conexiones entre éstos y los nuevos que se van adquiriendo.*
- 3.10. *Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud y las acciones orientadas hacia el fin educativo, adaptándose al progreso de los alumnos.*
- 3.11. *Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo.*
- 3.12. *Evaluación del proceso y resultado de aprendizaje del alumno de forma continua, reajustando la acción pedagógica, y propiciando que éste valore su propio aprendizaje.*

4. Comunicación educativa.

- 4.1. *Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al del alumno.*
- 4.2. *Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos.*
- 4.3. *Mantener un diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta.*
- 4.4. *Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición.*
- 4.5. *Acción discursiva coherente y motivadora.*
- 4.6. *Usar elementos propios del lenguaje no verbal (miradas, gestos...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza.*
- 4.7. *Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos; conciliadora y armónica, basada en los acuerdos. Lenguaje afectivo.*

5. Actitud docente competente.

- 5.1. *Actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación.*
- 5.2. *Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica.*
- 5.3. *Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud.*
- 5.4. *Disposición a compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa.*
- 5.5. *Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica.*
- 5.6. *Actitud constructiva positiva hacia el aprendizaje en salud.*
- 5.7. *Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa.*
- 5.8. *Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos.*

6. Valores profesionales inherentes a la dimensión ética.

- 6.1. *Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente.*
- 6.5. *Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad por el que pueda ser reconocido.*
- 6.2. *Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente.*
- 6.3. *Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud.*
- 6.4. *Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente.*
- 6.5. *Autorreflexión sobre la propia acción pedagógica.*

7. Investigación en promoción de salud.

- 7.1. Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como aquellas condiciones y factores que favorecen el bienestar, evaluando el impacto de la intervención promotora en la salud del alumnado y comunidad.
- 7.2. Actualización constante en contenidos de salud.
- 7.3. Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela.
- 7.4. Actualización continua en docencia en base a líneas pedagógicas innovadoras.
- 7.5. Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante.

8. Competencia digital e innovación pedagógica.

- 8.1. Capacidad creativa y de innovación, poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC.
- 8.2. Capacidad para expresarse y comunicarse con el alumnado y la comunidad (tanto de forma sincrónica como asincrónica) utilizando el lenguaje propio de las TIC.
- 8.3. Capacidad para organizar, evaluar y optimizar los procesos educativos a través de las TIC.
- 8.4. Dominio de las herramientas TIC y ambientes virtuales de aprendizaje en salud.
- 8.5. Participación en redes y comunidades educativas de salud a través de las TIC. Utilización de redes sociales TEP (Facebook, Twitter...) para el posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela.
- 8.6. Dominio y utilización de las TIC en el área investigativa.

9. Coordinación y liderazgo educativo.

- 9.1. Capacidad de impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza de salud y participar de éstas.
- 9.2. Liderar el cambio en la experimentación de ideas promotoras de salud.
- 9.3. Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud.
- 9.4. Crear las condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje y que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa, promoviendo espacios de participación.
- 9.5. Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud, y coordinar las intervenciones consensuadas.
- 9.6. Promover la cultura de promoción de la salud en el centro escolar.

CAPÍTULO 8. RESULTADOS ENTREVISTAS

En este capítulo se presentan los resultados derivados de la fase de entrevistas. Se redactan por separado los resultados que responden a las tres dimensiones extraídas del marco teórico y que han conformado el guion de la entrevista: planificación adecuada, alianzas estratégicas y formación del profesional.

Se procede en este apartado a la codificación y categorización de los datos obtenidos en la fase de entrevistas. Para llevar a cabo este proceso se han seguido los pasos propuestos por autores referentes como Valles (1997) y López & Deslauriers (2011).

En primer lugar, se han ido delimitando aquellos fragmentos textuales interesantes para el objeto de estudio a partir de las transcripciones de cada entrevista. Para dicha fragmentación, se ha procedido a agrupar la información identificando las unidades de registro, es decir, aquellos enunciados que, adquiriendo un sentido completo en ellos mismos, podían servir para la clasificación posterior. A cada unidad de registro se le ha asignado un código que ha consistido en una palabra clave o frase relacionada con el texto por ser de fácil reconocimiento visual.

Una vez codificadas y fraccionadas las partes del texto, se ha llevado a cabo su agrupación en categorías y subcategorías, fusionando párrafos, eliminando los datos redundantes o accesorios, y abriendo subsecciones en los casos en que ha sido necesario, hasta que han quedado ordenados de manera coherente. Para constituir las categorías centrales se ha partido del guion original de entrevista, no obstante, al considerarse un proceso flexible, la puerta ha quedado abierta ante el surgimiento de nuevas categorías o subcategorías, o bien su modificación a medida que se avanzaba en las entrevistas.

Se muestra a continuación, un esquema de la ordenación de los datos llevada a cabo según los hallazgos de la investigación (Fig. 33) donde se determinan las tres dimensiones —Planificación adecuada; Alianzas estratégicas; Formación del profesional— a través de las cuales se ha desarrollado el análisis, ahondando en los factores facilitadores y barreras de la promoción de salud en la escuela, y analizando también qué papel ocupa el profesional de enfermería en este contexto.

A partir de aquí se ha realizado una comparación cruzada de los datos con la información de la literatura científica, con intención de generar una significación para el segundo objetivo general de la investigación.



Fig. 33. Dimensiones y categorías de análisis determinadas en la fase de entrevistas. Elaboración propia

Para una mayor comprensión de los elementos analizados se ha utilizado el programa informático ATLAS-TI, así como tablas resumen de elaboración propia, en las que se ha sintetizado la información generada. Una vez obtenida una estructura, ha sido preciso volver en reiteradas ocasiones al texto para asegurar que las citas de los informantes han sido correctamente ubicadas en las categorías construidas, de acuerdo con el sentido del mismo texto. Se ha intentado en todo momento destacar lo más valioso de las transcripciones y reflejar fielmente el contenido del documento analizado. Cada cita ha quedado identificada con su ID, que consiste en el número de documento principal y un número que indica el orden en que fue creada la cita para dicho documento. Al final de cada cita, y para distinguir a las informantes en el texto y a la vez garantizar su

anonimato, se ha utilizado también un sistema de codificación que ha consistido en una ordenación numérica aleatoria acompañada de la inicial “P”, seguido de las iniciales de las categorías y subcategorías de las que se ha extraído la cita. Se muestra a continuación un ejemplo:

[1:80] cita extraída del documento primario 1; posición 80. “La idea del programa es buena, pero no se ofrecen los recursos suficientes”. P3_II_RI participante número 3; categoría “implicación institucional”; subcategoría “recursos invertidos”.

Hasta la formulación final de categorías y subcategorías, ha sido preciso suprimir y reformular algunas de éstas en varias ocasiones. Se muestra en la siguiente tabla un recuento de las unidades de significado que han conformado la estructura de análisis (Tabla 78), y se procede en los siguientes apartados a describir y analizar más detalladamente cada una de las dimensiones y categorías referidas.

Tabla 78. Recuento unidades de significado del análisis de entrevista. Fuente. Extraído de ATLAS-Ti

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	TOTAL
PLANIFICACIÓN ADECUADA	IMPLICACIÓN INSTITUCIONAL	18
	ORIENTACIÓN NORMATIVA	15
	REALIDAD OPERATIVA	19
ALIANZAS ESTRATÉGICAS	ALIANZAS CON LA FAMILIA	9
	ALIANZAS CON LA COMUNIDAD	18
	ALIANZAS CON EL PROFESORADO	16
FORMACIÓN DEL PROFESIONAL	LIMITACIONES FORMATIVAS	8
	NECESIDADES FORMATIVAS	18
TOTAL		121

8.1. Planificación adecuada

Se presenta en este apartado los resultados que responden a primera de las dimensiones planteadas, relacionada con la planificación de la promoción de salud en la escuela. Hace referencia al proceso de toma de decisiones anticipatorio sobre las formas de actuación y medios requeridos orientados a lograr los objetivos educativos de

salud en la escuela. Para esta primera sección se han extraído 52 citas estructuradas en tres categorías. Más concretamente se muestran los resultados referidos a:

- **Implicación institucional:** contempla la percepción de los participantes sobre el interés y compromiso de los agentes institucionales en el desarrollo e implementación de estrategias para la mejora de la promoción de la salud en la escuela, así como la percepción de los recursos aportados para alcanzar los objetivos educativos de salud y llevar a cabo las intervenciones de promoción de salud en dicho entorno.
- **Orientación normativa:** percepción de los participantes sobre cómo se refleja la promoción de la salud en la normativa educativa vigente y sobre la continuidad de la acción y la promoción de salud como materia incluida en el plan de estudios.
- **Realidad operativa:** referido a la opinión de los informantes acerca de la calidad de la implementación de las intervenciones educativas en la escuela, en lo que respecta al ciclo de diseño y puesta en marcha en el aula, sistemas de seguimiento y evaluación.

Dichos resultados hacen referencia a la experiencia particular de las profesionales escogidas como participantes para la investigación. Los niveles que se desprenden de estas categorías han quedado conformados en siete subcategorías. Se muestra a continuación un reporte gráfico extraído del ATLAS-Ti sobre este aspecto (Tabla 79).

Tabla 79. Categorías correspondientes a la dimensión relacionada con la “Planificación adecuada”

DOCUMENTOS PRIMARIOS		
CÓDIGOS	P 1: ENTREVISTA	Totals
IMPLICACIÓN INSTITUCIONAL	18	18
ORIENTACIÓN NORMATIVA	15	15
REALIDAD OPERATIVA	19	19
Totals	52	52

Fuente: extraída del análisis con ATLAS-Ti.

En la siguiente tabla (Tabla 80) se resumen las categorías y subcategorías derivadas del análisis, así como las propiedades que las sustentan y los códigos asignados.

Tabla 80. Categorías y subcategorías de análisis para la dimensión de "Planificación adecuada". Elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
IMPLICACIÓN INSTITUCIONAL	Interés político	Referido a la percepción de las participantes sobre la disposición de los referentes políticos en la promoción de la salud escolar.	II_IP
	Recursos invertidos	Hace referencia a la opinión de las participantes con respecto a los recursos invertidos para llevar a cabo intervenciones de promoción de salud en la escuela.	II_RI
ORIENTACIÓN NORMATIVA	Continuidad de la acción	Referido a la continuidad de la acción promotora de salud en un mismo curso escolar y a lo largo del desarrollo evolutivo del alumno.	ON_CA
	Materia de promoción de la salud en el plan de estudios	Referido a la opinión de las participantes sobre la implementación de una nueva materia de promoción de salud en el plan de estudios.	ON_MPSPE
REALIDAD OPERATIVA	Organización de la acción	Hace referencia a la opinión de las informantes acerca de la programación y puesta en marcha de las intervenciones promotoras de salud.	RO_OA
	Tipología de las intervenciones	Referido a la percepción de las informantes respecto del tipo de contenidos ofertados y de qué manera se realiza.	RO_TI
	Monitorización de la acción	Referido a la percepción de las participantes respecto de los sistemas de monitorización y seguimiento de las intervenciones, así como procedimientos de evaluación del resultado.	RO_MA

8.1.1. Implicación institucional

Esta primera categoría describe la opinión de los participantes acerca de la implicación por parte de los referentes territoriales en la salud escolar en la desarrollo e implementación de planes para alcanzar los objetivos de salud. Haciendo análisis de las respuestas obtenidas, se evidencian dos aspectos relevantes que han conformado las subcategorías de análisis: el interés de los referentes territoriales de salud por

desarrollar la promoción de salud en la escuela de forma efectiva, y los recursos invertidos para ello.

Interés político.

Por un lado, todas las informantes sugieren que existe un interés manifiesto de los referentes de salud escolar de la delegación territorial en que llevan a cabo su actividad profesional hacia los programas de salud escolar (expresada a través de reuniones, encuentros, y a través de campañas de salud escolar, entre otras). Pero, al mismo tiempo, sus respuestas sugieren un cierto recelo, ya que apuntan hacia un interés teórico y una falta de preparación para su verdadera puesta en marcha. Se muestra a continuación algunos reportes extraídos referente a este aspecto.

[1:119] Existe interés amplio en Sta. Coloma, se han hecho campañas... Aunque en otros sitios se ha dejado de hacer (refiriéndose al Programa Salud i Escola), en Barcelona por ejemplo está muy parado. Hay reuniones cada año para enfocarlo. P1_II_IP.

[1:40] Desde el Departamento (refiriéndose al Departamento de Salud) se están haciendo cosas, el mismo PSiE, Programa de actividades comunitarias, yo creo que se están haciendo bastantes esfuerzos en este sentido, existe interés, pero es un tema que nos queda por trabajar, porque también a los profesionales nos cuesta mucho salir del ámbito de trabajo (refiriéndose al centro de Atención Primaria) y más cuando se trabaja con adolescentes. P2_II_IP.

[1:120] Teóricamente sí, se dice que apuestan por esto (refiriéndose a los responsables territoriales) (...) [1:121] Teóricamente se apuestan por la comunitaria, además es uno de los pilares de la salud. P3_II_IP

[1:72] Interés político siempre ha habido. Es un Programa (refiriéndose al PSiE) que está muy bien pensado, pero como toda la política, se marca en un determinado momento y sí o sí se tiene que empezar, y se pone en marcha cuando a lo mejor todavía no está preparado como para avanzar. P4_II_IP

[1:102] En teoría sí hay voluntad política, pero la práctica es muy diferente. Oficialmente sí. P5_II_IP

Recursos invertidos.

Los testimonios recogidos en esta subcategoría ponen de manifiesto las diversas dificultades percibidas en la implementación de la promoción de salud en la escuela en lo que se refiere a los recursos invertidos (humanos, materiales, organizativos). Las

participantes apuntan especialmente a la preparación del material por cuenta propia y fuera del horario laboral y a la falta de personal para sustituir la práctica asistencial dentro del centro, mientras se lleva a cabo la acción comunitaria en la escuela. Por lo que, si bien es cierto que han valorado positivamente el interés de los responsables territoriales quedaría cuestionada la verdadera voluntad de llevar dicho interés a la práctica. Se muestra a continuación los reportes extraídos sobre ello.

[1:2] La idea del Programa es buena (refiriéndose al PSiE), pero no se ofrecen los recursos suficientes (...). [1:9] Hay una falta de recursos importante (refiriéndose al personal implicado en promoción de salud en la escuela). Falta de coordinación. P1_II_RI

[1:36] Los recursos son escasos (refiriéndose al material para formar). P1_II_RI

[1:41] Los recursos son escasos la verdad, faltarían muchos más profesionales implicados, que liberen a esas personas para poder hacer cosas. Tenemos que hacer cosas que tengan valor añadido ya que estos jóvenes serán los adultos del futuro. P2_II_PI

[1:123] Esfuerzos se están haciendo, pero faltan recursos humanos y materiales. P2_II_PI

[1:122] (...) a la hora de la verdad siempre faltan recursos. En un principio estaba contemplado una enfermera para que sustituyera las horas que ibas a Salut i Escola, pero esta enfermera nunca llegó. P3_II_RI

[1:149] Hay mucha presión en el centro (refiriéndose al centro de Atención Primaria), no tienes tiempo de todo, la gente delega al final demasiado trabajo en ti, y llega un punto que dices, yo no puedo más. P3_II_RI

[1:70] Es escaso el tiempo, casi todas tenemos que hacerlo fuera de horario. La situación que hay es la que hay. No hay dinero para sustituir (refiriéndose a la asistencia en el centro de Atención Primaria). Yo cuando me voy se queda mi compañera sola. Tampoco es justo porque yo estoy haciendo otro tipo de trabajo. La comunitaria se tendría que tener más en cuenta, porque no dejas de hacer un trabajo, aunque sea fuera del centro, pero es un trabajo más. Cuando llegas, tienes que seguir trabajando para el PSiE contactar con pediatras, comadronas, con los psicólogos, con toda esa red que tenemos. Es un trabajo, ellos tienen sus horarios, tú tienes los tuyos, una agenda que cumplir; muchas veces el horario que ellos no coincide dentro de tu jornada y tienes que buscarte la vida. Luego, por ejemplo, si tienes que prepararte un taller necesitas tiempo, aunque sea la misma presentación de todos los años, pero siempre cada año modificas algo porque, por ejemplo, los ídolos de los adolescentes cada año son diferentes. P4_II_RI

[1:82] Hay dos temas. Una es la falta de sustitutas, yo me pongo de baja y nadie sabe hacerse cargo del Programa porque tendrían que formar a los sustitutos, y eso significa hacer una formación de "x" horas que yo la hice cuando comencé. P4_II_RI

[1:101] no se ponen recursos. Por ejemplo, se tendría que suplir a la persona que está haciendo Salut i Escola, el programa estaba concebido así, pero la realidad es que no se ha hecho, a mí no me sule nadie 1:100. P5_II_RI

[1:103] faltan muchos recursos. Por ejemplo, hay días que vas a la escuela, pero faltan días para moverte, falta tiempo, faltan también recursos didácticos. Me lo he tenido que preparar yo, otras veces ya tengo la presentación, pero es peor, porque al final tengo que adaptarla. P5_II_RI

Como vemos, se alude a la preparación del material audiovisual y tangible de las sesiones, cuya preparación ha tenido que ser por cuenta propia. Y si bien es cierto que en algún caso ya han tenido el contenido dispuesto, esto ha generado una complicación añadida a la hora de impartir la sesión, puesto que dicho contenido no siempre ha sido adecuado para todos los grupos, con necesidades, edades, cultura e identidades diferentes; requiriendo igualmente de estudio y adaptación para encontrar la mejor forma de ofrecerlo a los alumnos. Asimismo, aluden a la necesidad de tener que solucionar determinados problemas de salud escolar que requieren de reuniones y contactos con otros profesionales fuera de su horario laboral. Todo ello, sin haberse visto liberadas ni sustituidas en sus actividades asistenciales diarias dentro del centro de Atención Primaria, a pesar de ser las condiciones con las que comenzaron su implicación en el PSiE.

8.1.2. Orientación normativa

A través del marco teórico se ha determinado que las leyes educativas no han sido consecuentes en las últimas décadas con los preceptos en salud propuestos por la OMS, y que sigue siendo limitada la inclusión de la educación para la salud en el entorno escolar. Si bien es cierto que se han llevado a cabo reformas legislativas en educación para integrar la salud, éstas no han sido contundentes. Además, se han dado múltiples e incesantes cambios de normativas que, lejos de fortalecer una educación en salud decisiva y categórica, la han entorpecido y ensombrecido, evidenciando la falta de interés en priorizar este aspecto por parte de los respectivos gobiernos. Atendiendo a esto, se destaca a través de esta categoría, la percepción de las participantes sobre cómo se refleja la promoción de la salud en la normativa educativa vigente y de qué manera se integra en su contexto específico de actuación, así como las implicaciones

del profesional de enfermería en ello. Las subcategorías de análisis han quedado determinadas haciendo referencia especialmente a la continuidad de la acción y, por consiguiente, a su implementación de forma obligatoria en el plan de estudios.

Continuidad de la acción.

Todas las participantes entrevistadas piensan que la promoción de la salud se lleva a cabo de forma esporádica y puntual en la escuela. En este sentido, se alude a la necesidad de trabajar la salud de forma continuada durante todo el curso escolar y a lo largo del desarrollo evolutivo de los alumnos en las diferentes etapas educativas. Una de las participantes piensa, además, que esta falta de continuidad lleva a que frecuentemente se acabe ofreciendo temas de salud relacionados con los clásicos factores de riesgo de enfermedad crónica y cardiovascular (alimentación, ejercicio físico, tabaco, entre otras), y que no se traten con la misma intensidad otros factores determinantes de salud subyacentes en la sociedad, que cada vez son más comprometidos (bullying, violencia o afectividad).

[1:4] Hay falta de continuidad, esto hace que no se trate todo con la misma intensidad, por ejemplo, en temas como el bullying, violencia y otros (refiriéndose a los diferentes temas de salud a tratar). (...) [1:37] Hay que ofrecer continuidad en las intervenciones. P1_ON_CA

[1:42] Se hacen intentos, pero realmente está flojito este tema (refiriéndose a la continuidad de las intervenciones). Antes había un Programa de Escuelas Promotoras de salud que venía de la Comunidad Europea, que esto ha quedado muerto. Esto se está trabajando también a través d'Ensenyament (Refiriéndose al Dpto. de Enseñanza) en el Programa de Actividades de Acción Tutorial. Esfuerzos se están haciendo, pero faltan recursos humanos y materiales. P2_ON_CA

[1:55] Empiezan o luego no te aparecen más (refiriéndose al alumnado). Luego depende del barrio, porque a veces no es que no haya continuidad en el Programa Salut i Escola, sino que no hay continuidad en la escuela, es que no van a clase. Tienes a una niña, llegas... y preguntas a la tutora ¿y no ha venido "x"? ¿y no ha venido la del...? No, es que no ha venido, es que no van a clase. P3_ON_CA

[1:75] La promoción de la salud no puede ser un taller puntual, yo creo que la salud tiene que estar de forma transversal en todas las asignaturas: desde matemáticas, por ejemplo, a la hora de hacer estadística, que se aporte el número de abortos y allí ya hablas un poco y tocas la salud. A veces tengo la sensación de que llegas allí, echas la charla y luego no hay un efecto. A veces te da la sensación de que es como tapar agujeros. (...) [1:77] Yo creo que tendríamos que empezar desde primero y hacer una cosa algo más transversal. Que ese mismo tema se vaya trabajando con los alumnos en primero, en segundo, en tercero y en cuarto también. Ahora se hacen talleres

totalmente diferentes que no tienen nada que ver en los diferentes cursos. Que sí tienen que ver con la salud, pero sería necesario hacerlo más continuo en el tiempo. P4_ON_CA

[1:104] Ahora se hace como si fueran "bolets" (refiriéndose a acciones puntuales), pero esto no es solución. No se le da la importancia que se le habría de dar. P5_ON_CA

Materia de promoción de salud en el plan de estudios.

La mayoría cree necesaria incluir de una forma más explícita y desarrollada la promoción de salud en dicho entorno, a través de normativas específicas, lo que favorecería, sin duda, la continuidad de las intervenciones educativas de salud. En este sentido, todas las participantes apuestan por el surgimiento de una nueva materia de "promoción de la salud" dentro de la escuela, ya que aportaría un beneficio claro en el desarrollo saludable del alumnado y comunidad, especialmente desde edades tempranas (primer ciclo). No obstante, tampoco desechan la posibilidad de la transversalidad, es decir, que los contenidos de salud —además de constituir una asignatura dentro del plan de estudios— también tendría que estar presente en el resto de las asignaturas. A continuación, se muestran algunos reportes relacionados con este aspecto.

[1:21] Sería beneficioso ofrecer una asignatura de promoción de salud en la escuela, y desde edades tempranas. Ahora todo depende mucho del profesor. Las intervenciones dentro del Programa de Salud i Escola son para alumnos de 12 a 16 años. La sexualidad por ejemplo se trata en segundo, tercero y cuarto de la ESO, pero se está viendo que habría que comenzar antes. P1_ON_MPSPE

[1:124] Sería bastante importante para poder educar a estos niños (refiriéndose a una asignatura obligatoria), empezando desde la infancia, porque este es otro tema, a veces empezamos muy tarde a hacer estas actividades de promoción y prevención, cuando ya están los hábitos instaurados. Una vez así, son difíciles de cambiar. P2_ON_MPSPE

[1:126] Asignatura obligatoria. Estoy convencida. P3_ON_MPSPE

[1:105] Creo que tendría que ser una asignatura curricular dentro de la escuela, obligatoria [...] no se le da la importancia que se le habría de dar. P5_ON_MPSPE

En este sentido, algunas de las participantes piensan que un enfermero con competencias específicas podría ser responsable de impartir esta materia.

[1:22] Sin duda (refiriéndose a la responsabilización del profesional de enfermería de una materia de promoción de salud en la escuela), con formación y preparado. P1_ON_MPSPE

[1:125] Esta asignatura podría impartirla un profesional sanitario perfectamente. P2_ON_MPSPE

[1:68] El profesional de enfermería claro que podría ser responsable de una asignatura de promoción de salud en la escuela. P3_ON_MPSPE

[1:56] Estoy convencida. Yo tenía tan claro que tenía que trabajar en prevención, que yo cuando acabé la carrera me hice un Programa para ofrecer a las escuelas, para hacer educación. P3_ON_MPSPE

8.1.3. Realidad operativa

En esta categoría se expone la opinión de las informantes acerca de la operativización de las intervenciones educativas en la escuela, y su papel como profesionales de enfermería en dicho proceso. Se aborda específicamente la programación, puesta en marcha de la acción, así como la tipología y contenido de las intervenciones. También se muestra qué sistemas de monitorización y seguimiento de la acción se utilizan, y si se prevén sistemas de evaluación en el contexto específico en el que han desarrollado o desarrollan su actividad. Todo ello ha quedado distribuido en tres subcategorías de análisis: organización de la acción; tipología de las intervenciones; monitorización de la acción.

Organización de la acción promotora de salud.

Algunas de las participantes entrevistadas coinciden en que las intervenciones de promoción de la salud se desarrollan en base a una programación anual que tiene lugar al principio del curso (septiembre-octubre) o al final del anterior (junio). Algunas llevan a cabo dicha organización en consenso con la dirección el centro escolar, otras con jefatura de estudios, y otras bajo la aprobación del claustro.

En cuanto a su puesta en marcha, no todas las participantes ofrecen las mismas intervenciones de promoción de la salud en los mismos ciclos, ni en el mismo número de centros escolares. Parece que todas realizan intervenciones de salud en 3º y 4º de la ESO (puesto que así está planificado desde el “Programa Salut i Escola” —PSiE—),

pero, algunas de ellas extienden su aportación al primer ciclo, 1º y 2º de la ESO, e incluso a la etapa de Primaria.

Por último, si bien es cierto que algunas disponen de un calendario de intervención, la mayoría dejan la puerta abierta a posibles necesidades educativas que puedan surgir durante el curso escolar.

A continuación, se exponen algunos aportes extraídos sobre ello.

[1:6] Las intervenciones dentro del Programa de Salut i Escola son para alumnos de 12 a 16 años. La sexualidad por ejemplo se trata en segundo, tercero y cuarto de la ESO, pero se está viendo y que habría que comenzar antes. P1_RO_OA

[1:7] A primeros de octubre se hace presentación en el aula de la “consulta oberta” (refiriéndose al espacio de “consulta abierta” ubicado en el centro escolar al que alumnos acuden de forma voluntaria para consultar sus dudas de salud). Se les dice que estaremos 2 horas semanales y se aporta información por escrito (refiriéndose a un tríptico). También se pactan algunas sesiones con el centro. P1_RO_OA

[1:130] La planificación un poco la montas en función de la demanda que tengas en la escuela, por lo menos nosotros, y el calendario se monta con la dirección de aquí. Yo, por ejemplo, los viernes iba a hacer Salut i Escola, tenía dos escuelas, entonces, yo te hablo de mi consulta. Yo por la mañana llegaba a extracciones, venía aquí, estaba aquí hasta las 11, pasando consulta, a las 11h me iba a un instituto y cuando salía de un instituto, me iba al otro. Antes de irme al instituto estaba aquí pasando consulta y 20 minutos antes me cerraban la agenda y me iba para el primer instituto.

[1:131] La planificación dentro de la escuela se hace con la dirección de la escuela y con los tutores al principio de curso, y luego a veces también en función de la demanda de los alumnos y de los profesores. Que a veces a mediados de curso te dicen “mira tengo un problema de tal y me gustaría que hicieras una intervención”, que igual no estaba programado. Hay una serie de cosas que la mayoría de las escuelas tienen ya muy concertadas. En primero, por ejemplo, cambios en la adolescencia, en segundo, bueno... (de la ESO). En principio estaba pensado para 3º y 4º, pero también se asume 1º, 2º, 3º y 4º y los módulos, si al instituto que vas hay módulos también. Yo, por ejemplo, hacía sexualidad en 3º y 4º, pero luego me di cuenta de que las consultas eran muy repetitivas, entonces pensé que estamos llegando tarde, porque las dudas están en 3º, entonces hablé con la dirección y lo pasamos a tercero. P3_RO_OA

[1:59] Al principio de curso se organizan las charlas intentando que sean dentro de nuestro horario. Después, es ir adaptándose. Yo en mi caso, en uno de los colegios sólo querían que hiciera intervenciones en 3º y 4º, entonces no tenía demasiado quorum, así que pactamos que iría cada quince días y si ellos detectaban algún problema (refiriéndose al centro escolar), me avisarían. P3_RO_OA

[1:74] Es un programa para 3º y 4º de la ESO (refiriéndose al PSiE), pero nosotras estamos abiertas sobre todo desde primero, porque cada vez los problemas comienzan antes, dan la cara antes. No sólo nos quedamos en la secundaria, sino que hay muchos niños que van a Primaria y la escuela te pide un poco de conexión con el pediatra, con el especialista porque la familia no les da información y ven que el niño tiene un problema y van perdidos y entonces a través del PSiE, se intenta acercar la salud a la escuela. P4_RO_OA

[1:79] Yo tengo mis talleres y al principio de curso nos sentamos y concretamos las fechas. (...)

[1:81] Trabajamos con la "cap d'estudis" (jefa de estudios), porque es una manera de unificar la información. Coincidir en horarios es más complicado. La "cap d'estudis" es el elemento de unión con el profesorado. P4_RO_OA

[1:106] Yo tengo un calendario pactado con el centro con las intervenciones que haré (sesiones educativas sobre alimentación, ejercicio físico, tabaco), aunque también intentamos adaptarnos a lo que te piden. También pactamos los días que acudiré a la escuela por si tienen algún problema, pero falta coordinación entre profesorado y sanitarios. Cada uno hace lo suyo. Muchas veces no tienen nada que ver unos contenidos con otros. Además, sólo se hace para 3º y 4º de la ESO. Parece que a la etapa de Primaria no se le da importancia a la salud. P5_RO_OA

Tipología de las intervenciones.

En lo que se refiere a la tipología de las intervenciones ofertadas, un subgrupo de las participantes apunta hacia la definición de un marco general de intervenciones educativas centradas en factores de riesgo cardiovascular (alimentación, ejercicio físico, entre otros), dando menos margen a otros factores de riesgo emocionales que pueden acarrear graves consecuencias físicas y psíquicas, y que se acaban abordando de forma individual en el espacio de consulta abierta. También apuntan a la desconexión entre los contenidos que ofrece el tutor y los que ofrecen los profesionales de enfermería, y se alude a la desigualdad a la hora de beneficiarse de los contenidos entre unos cursos y otros, especialmente en el primer ciclo, por no estar incluidos de forma predeterminada en el PSiE.

[1:23] Se ofrecen temas elementales como la alimentación, sustancias tóxicas y tabaco, pero falta ahondar en otros. Especialmente en el primer ciclo por no estar incluido de forma habitual en el programa (refiriéndose al PSiE), en temas como el bullying, el respeto a sí mismo y a los demás, la violencia... La mayor parte de las veces nos enteramos de que hay un problema (refiriéndose al bullying) porque el adolescente acude a la "consulta oberta". P1_RO_TI

[1:128] Falta coordinación entre profesorado y sanitarios. Cada uno hace lo suyo. Muchas veces no tienen nada que ver unos contenidos con otros (refiriéndose a los contenidos que aporta el tutor y los que se aportan desde el PsIE). P5_RO_TI

Otro subgrupo de participantes, sin embargo, sugiere que las sesiones educativas se proyectan atendiendo a temas de interés para el alumnado y otros problemas y necesidades percibidas a lo largo del año, que les obliga a ir adaptándose a las circunstancias; aunque igualmente hay contenidos que suelen estar incluidos y pactados de antemano (higiene, alimentación y ejercicio físico, entre otros).

[1:129] Tú detectas necesidades y te preguntas qué puedo hacer, es tener ganas de hacerlo, porque si vas al instituto a esperar que la gente te venga, pues no vienen. En uno de los institutos donde yo estuve, había una problemática social importante y nadie te venía a consultar, entonces yo propuse alternativas, hablé con los profesores, propuse grupos más reducidos: si hay algún problema de algún grupo clase que distorsiona, los cojo solos; si veis algún tema que os preocupa... Para que te hagas a la idea, en una ocasión, una profesora me dijo tengo un problema de mal olor en clase. Bueno... pues porque había gente que olía siempre a especies y los otros se reían y tal. Y me dijo "haz una sesión sobre higiene". Yo no puedo hacer una sesión de higiene para todo el mundo porque se van a reír y van a saber para quién va dirigida y tal. Dije "mándame el grupito", y entonces bueno, trabajé con ellos los cambios hormonales de la adolescencia, la higiene (...) para intentar canalizar. De los que vinieron, pues en algunas aparecieron problemas de anorexia... Claro, luego es que una cosa te trae a la otra, el problema de la higiene se solucionó en una de las seis personas, pero bueno, ahí estamos, yo tengo muy claro que no pretendo llegar a todo el mundo, ¡ojalá! si con lo que hacemos llegas a dos, pues fantástico, es así. P3_RO_TI

[1:78] Normalmente todos los temas están pactados a no ser que salga algo extra. [1:80] Hay temas anuales que son estrella cada año, pero luego, al menos yo, trabajo mucho sobre la marcha, quiero decir, que hay temas que eran impensables hace unos años, y ahora sí o sí, como el cyberbullying y todo esto, te tienes que adaptar. P4_RO_TI

[1:127] Éstas son mis sesiones (muestra áreas temáticas sobre alimentación, ejercicio físico, tabaco, entre otras), hay más temas que podrían darse, aunque también intentamos adaptarnos a lo que te piden. P5_RO_TI

[1:144] Los contenidos deben prepararse en función de las necesidades. Eso sería lo ideal al menos. Si eres un profesional de enfermería puedes incidir más en las carencias del grupo clase. En mi caso, nos reunimos a final de curso (en claustro), se habla de las necesidades de salud de los alumnos. Me piden opinión sobre los temas más interesantes de abordaje. P2_RO_TI

Monitorización de la acción.

En cuanto a la monitorización y evaluación de las intervenciones llevadas a cabo en la escuela, algunas de las participantes han hecho referencia a las encuestas de satisfacción realizadas al final de curso al alumnado y a la memoria realizada a final del curso sobre las intervenciones llevadas a cabo en el espacio de “consulta oberta”. En este sentido, manifiestan cierta difidencia respecto a la efectividad de dichos procedimientos.

[1:8] Al final del año se hacen memorias de las intervenciones y consultas realizadas (refiriéndose al espacio de “consulta oberta”), pero tampoco es que esto refleje lo que se ha conseguido. Falta por trabajar este tema. P1_RO_MA

[1:76] No hay un sistema de seguimiento para evaluar el efecto de las sesiones. Se hacen unas encuestas para ver la valoración de los críos, pero no sé... P4_RO_MA

[1:107] Es necesario más contacto al final de curso. Ahora se hacen uno o dos reuniones al año. Pero es necesario hacer actividades para ello. Que haya más comunicación y mejor organización entre Salud y Educación. P5_RO_MA

8.2. Alianzas estratégicas

Se presentan a continuación los resultados que responden a las preguntas de la entrevista planteadas para la segunda de las dimensiones de este análisis: alianzas estratégicas. Hace referencia a las alianzas de carácter intersectorial entre el ámbito de la salud y la educación, así como el apoyo externo de la comunidad y familia; necesario para afianzar la promoción de salud en la escuela. Se analiza la percepción de las informantes sobre la participación de los diferentes agentes implicados en la escuela, y la responsabilidad del profesional de enfermería en el establecimiento de vínculos y alianzas estratégicas, como figura de enlace entre la comunidad, la familia y el ámbito educativo. Más concretamente se muestran los resultados fragmentados en las siguientes categorías:

- **Alianzas con la familia:** percepción de los participantes sobre el papel adquirido por las familias en la promoción de salud en la escuela, su nivel de implicación, así como los factores que influyen en su participación.

- **Alianzas con la comunidad:** hace referencia a la percepción de las participantes acerca del papel adquirido por otros agentes de la comunidad implicados en la salud del alumnado (Centro de salud mental infantil-juvenil —CSMIJ—, Programa de Atención de Salud Sexual y Reproductiva —PASSIR—, Servicio de Pediatría del centro de Atención Primaria de zona, entre otros), y su participación en la promoción de salud en la escuela. Incluye las estrategias de enlace del profesional de enfermería con la comunidad, así como las limitaciones en el proceso de mediación con ésta.
- **Alianzas con el profesorado:** referido a la percepción de las participantes respecto a la relación colaborativa que se establece con el docente, tanto barreras detectadas, como disposición sentida. También hace referencia a la percepción acerca de la integración del profesional de enfermería en el centro escolar.

Cada una de estas categorías ha quedado configurada por seis subcategorías que han emergido del análisis e interpretación de las 43 unidades de significado identificadas. Se muestra en la siguiente imagen un reporte sobre ello (Tabla 81).

Tabla 81. Categorías correspondientes a la dimensión relacionada con la dimensión de "Alianzas estratégicas"

DOCUMENTOS PRIMARIOS			
CÓDIGOS	P 1: ENTREVISTA	Totals	
ALIANZAS CON EL PROFESORADO	16	16	
ALIANZAS CON LA COMUNIDAD	18	18	
ALIANZAS CON LA FAMILIA	9	9	
Totals	43	43	

Fuente: extraída del análisis con ATLAS-Ti.

A continuación, se puede observar el resumen de las categorías y subcategorías determinadas para esta segunda dimensión (Tabla 82), así como su propiedades y códigos asignados a cada una de éstas.

Tabla 82. Categorías y subcategorías de análisis para la dimensión "Alianzas estratégicas". Elaboración propia

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
ALIANZAS CON LA FAMILIA	Nivel de implicación de la familia	Referido a la percepción del enfermero sobre el nivel de participación de la familia en las intervenciones educativas de salud en la escuela.	AF_NIF
	Factores que influyen en la participación de la familia	Referido a la opinión de las participantes sobre las causas que llevan a la familia a participar o no de la promoción de salud en la escuela.	AF_FIPF
ALIANZAS CON LA COMUNIDAD	Estrategias de enlace con la comunidad	Referido a las diferentes estrategias del profesional de enfermería para conectar con los diferentes sectores implicados en la salud del alumno.	AC_EEC
	Limitaciones en el proceso de mediación con la comunidad	Hace referencia a la opinión de las participantes acerca de las barreras encontradas para llevar a cabo en el proceso de mediación con la comunidad y con el resto de agentes implicados en la salud del alumnado (limitaciones percibidas y beneficios obtenidos).	AC_LPMC
ALIANZAS CON EL PROFESORADO	Relación de colaboración con el profesor-tutor	Referido a la relación que se establece con el profesorado para conseguir la máxima eficacia en las intervenciones de promoción de salud.	AP_RCPT
	Integración del profesional de enfermería en el claustro	Implica la inclusión del enfermero como un profesional más del equipo docente, integrado en el claustro.	AP_IPEC

8.2.1. Alianzas con la familia

Tal y como se ha explicado a lo largo del marco teórico, la promoción de la salud no es una materia de obligado cumplimiento en nuestro entorno, quedando a voluntad del profesorado y del centro escolar su implementación. En este sentido, aunque las escuelas se han ido abriendo progresivamente a las familias, sin embargo, no ha terminado de cuajar en cuanto a la integración de acciones de promoción de la salud, que ha estado cargada de numerosas limitaciones y dificultades contextuales. Desde esta perspectiva, se aborda en este apartado la percepción de las participantes sobre la baja implicación de la familia en el desarrollo de las intervenciones de promoción de salud, poniendo de manifiesto las limitaciones que esto supone para ellas. Asimismo,

las informantes reflexionan acerca las probables causas de la baja implicación, quedando estos dos aspectos estructurados en dos subcategorías de análisis.

Nivel de implicación de la familia.

Las participantes han hecho referencia tanto a la baja implicación de la familia en la puesta en marcha de las intervenciones de salud con el alumnado, como a su participación en las sesiones formativas. Se muestra a continuación un reporte sobre ello.

[1:11] Creo que el tema de la colaboración con los padres es una asignatura pendiente. Los que siempre han estado (refiriéndose a familia) siguen estando, pero falta implicar más a los padres, no sólo por los hijos, sino para la salud de la sociedad en general. P1_ AF_NIF

[1:46] Esto cuesta mucho más, las alianzas con los padres. Normalmente, cuando haces actividades participa poca gente (refiriéndose a las actividades de salud dirigidas a los padres, tanto para beneficio propio como de los hijos). P2_ AF_NIF

[1:61] Según el barrio. En este barrio no. Yo estoy segura de que les preguntas a la familia lo que es “Salut i Escola” y no lo saben. Algunos sí, porque muchas veces hacemos de intermediarios, por ejemplo, en embarazos no deseados, quedamos la escuela, la familia, la niña y nosotras y hacemos de intermediarios. Esa señora (refiriéndose a la madre) sí sabe que existe Salut i Escola, pero el resto no. P3_ AF_NIF

[1:85] Esto pasa como en todo, tú haces una charla para padres, y los que van son los que menos tendrían que ir porque ya se lo saben. Son los padres que están más preocupados por el tema, pero son los que menos lo necesitan, porque ellos ya están sensibilizados por el tema. P4_ AF_NIF

[1:109] Colaboración con la familia, poca o ninguna. Cuesta mucho este tema. No te conocen. No se implican ni, aunque te des a conocer. P5_ AF_NIF

Factores que influyen en la participación de la familia.

Entre las posibles causas de la baja implicación, algunas participantes aluden a motivos contextuales provenientes de la familia como la falta de tiempo de los padres (horario laboral, otras cargas sociales y familiares), y la barrera idiomática en el caso de familias inmigradas.

[1:86] *Es muy difícil llegar a los padres, y más en determinadas poblaciones (refiriéndose a la promoción de salud). Piensa que la barrera idiomática es importante. Si el papá es el único que habla el idioma y llega a las ocho de la noche a su casa, pues evidentemente a una reunión de padres a las cinco de la tarde no va a ir. Es complicado trabajar con las familias. La mayor parte de los problemas que tienen los adolescentes es porque están solos. P4_ AF_ FIPF*

[1:110] *Los problemas que ya de por sí tienen los padres, el trabajo, las cargas... P5_ FIPF*

Otra de las participantes se refiere directamente a las dificultades impuestas por la propia escuela.

[1:62] *Hay una diferencia entre la pública y la concertada (refiriéndose a la implicación de la familia). Por ejemplo, en esta última, en mi caso a los padres se les hace firmar un consentimiento conforme va una persona a atender a los chicos; en cambio en la pública sigue la filosofía del Programa, que es la libertad de los niños para ir. La concertada, si son religiosas y tal, son muy estrictas y si no tiene el papel firmado, el niño no va a preguntar. P3_ FIPF*

También surge la débil responsabilización con la prevención y promoción de la salud (tradicionalmente se espera que el problema de salud se resuelva en el centro sanitario una vez instaurado).

[1:47] *A veces hacemos valoraciones sobre ello (refiriéndose a la baja participación de la familia) ¿el horario en que lo haces? ¿la gente está trabajando y no puede asistir? o es una desidia de que ya me solucionarán el problema de salud yendo al centro sanitario. Hace falta educación sanitaria en todos los aspectos. Por ejemplo, tú antes te hacías una herida y tu madre te ponía un Betadine^R y ahora van al ambulatorio. Hemos perdido educación sanitaria en poblaciones de cuarenta años o así. P2_ FIPF*

[1:11] (...) *Esperan que lo resuelva el centro sanitario (refiriéndose a los problemas de salud sobrevenidos). Esto supone un problema más claro, sin la familia ya no participa... P5_ FIPF*

8.2.2. Alianzas con la comunidad

A lo largo del marco teórico se ha determinado que el centro escolar lleva a cabo las intervenciones de promoción de salud de manera transversal en las diferentes asignaturas, con acciones puntuales de otros agentes comunitarios de salud implicados. A través del PSiE se procura la participación y coordinación no sólo del centro de Atención Primaria más cercano al centro educativo desde el que acude el profesional

de enfermería, sino de otros recursos territoriales disponibles en cada distrito, tales como equipos de psicopedagogía, centro de salud mental infantil-juvenil (CSMIJ), programa de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR), Servicio Orientación de Drogas de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (SOD), así como otros servicios de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT) especializados en prevención. Desde esta perspectiva, se aborda en este apartado las debilidades y fortalezas percibidas por las informantes en lo que respecta a la colaboración con estos otros agentes.

Estrategias de enlace con la comunidad.

La mayoría se percibe como una figura de enlace entre los diferentes sectores implicados en la intervención con el alumno, entre el profesorado, la familia y el resto de los agentes implicados, y como intermediaria en la gestión de problemas de salud. En este sentido, se alude a la necesidad y a la vez ventaja que supone ofrecer determinados contenidos y tratar problemas surgidos de forma interdisciplinar y con ayuda externa, aunque muchas veces, dicha ayuda no viene centralizada, sino que más bien es heterogénea y depende de la capacidad de las participantes para hallarla.

[1:25] Se hace tratamiento interdisciplinar en la consulta (refiriéndose al espacio de consulta abierta). Se hacen cuatro reuniones anuales con el ASSIR, CSMIJ y se evalúan casos concretos, temas de fracaso escolar, problemas relacionados con la afectividad. Yo muchas veces hago de vínculo. A veces te llaman (refiriéndose al centro escolar), y te piden que des algún tema en concreto, pero yo pienso que esto podría ofrecerse mejor con ayuda de otros profesionales, por ejemplo, problemática afectiva, emocional... y entonces te has de buscar a otros, establecer contactos, y esto no es fácil. Si hay algún problema (refiriéndose a problemas concretos de salud) también tienes que ponerte en contacto con el pediatra, o con el PASSIR o el CSMIJ. Y esto, como ya digo por voluntad, sin recursos. P1_AC_EEC

[1:65] En 4º empezamos a hacer violencia de género (refiriéndose a 4º de la ESO). Aquí en el barrio teníamos recursos, un consorcio que depende del Ayuntamiento que nos aportaban recursos. Además, también hay un centro de atención a la dona (Atención a la mujer). Entonces cuando tenía que hacer violencia de género, yo misma me ponía en contacto con la psicóloga de allí y hacíamos una sesión conjunta. Yo pienso que hay temas que hay que tratar así, más exhaustivamente. P3_AC_EEC

[1:89] Hacemos de intermediarios. Llevo dos institutos, voy un día a la semana y estoy dos horas en cada instituto. Entonces, en esas dos horas, cuando llego siempre hay algún profesor que te

viene a ver y entonces te consulta "mira tengo una adolescente que la veo rara y a ver si tú la puedes ver porque a mí no me dice nada". Hay una hoja donde los chavales van al tutor y se apuntan y ahí yo sé las visitas que tengo, entonces me las distribuyo y yo los voy a buscar. Son visitas voluntarias, pero hay un horario. P4_ [1:71] Cuando llegas, tienes que seguir trabajando para el PSiE contactar con pediatras, comadronas, con los psicólogos, con toda esa red que tenemos. P4_AC_EEC

[1:113] Soy yo la que hace de nexo de unión entre los diferentes ámbitos para intentar solucionar el problema (refiriéndose al problema de salud detectado en la escuela). P5_AC_EEC

Limitaciones en el proceso de mediación con la comunidad.

Entre las reflexiones acerca de las barreras encontradas en este proceso de mediación y enlace con la comunidad, algunas participantes destacan la falta recursos para llevar a cabo la intervención, que la mayoría de las veces es por voluntad propia; y el riesgo de verse involucrada en problemáticas surgidas entre la familia, la escuela y la comunidad de diversa consideración. A esto hay que añadirle la percepción de que su trabajo es poco visible y reconocido profesionalmente, lo que supone una barrera más para la implicación del enfermero en la promoción de salud escolar.

[1:90] Ellos saben que, si tienen algún problema, pueden llamarme y yo voy en cualquier momento. Me busco un hueco para ir. A veces te tienes que quedar más rato porque la psicopedagoga del centro te tiene que comentar un caso, y luego cuando llegas aquí (refiriéndose al centro de Atención Primaria) conectas con el pediatra de ese niño o con el CSMIJ, hay mucha burocracia que hacemos aquí que tampoco es que se vea. P4_ AC_LPMC

[1:27] Hay recelo por parte de los profesionales de enfermería a salir al exterior. Respeto al contacto con la comunidad, con el PASSIR, Ayuntamiento, CSMIJ, Mossos d'Esquadra. Pero, sobre todo, miedo a generarte más problemas, porque muchas veces te encuentras tú sola con el problema del alumno. Y te vienen los Mossos d'Esquadra a explicarte el caso, y te enteras en ese momento, y es que nadie más te lo había venido a decir, y te preguntas qué haces tú ahí en ese momento. En fin, es complicado. P1_ AC_LPMC

[1:51] Nos falta implicación (refiriéndose a los profesionales de enfermería como figura de enlace), pero yo creo que es debido a la falta de tiempo y de recursos. Que mucha gente que está implicada es gracias a poner de su propia cosecha. P2_ AC_LPMC

[1:133] Yo creo que aquí se hacen muchas cosas, pero también por la voluntad y las ganas que tiene la gente. Porque cree en el programa y porque se preocupan por los chavales, porque a veces los profesores tienen un panorama con una adolescente embarazada de 16 años y entonces la enfermera se implica y empieza a remover el sistema, al pediatra, asistente social, comadrona,

y todo eso, si no es por el buen hacer de la enfermera y de todos esos profesionales implicados, no se podría hacer. Además, no sacas nada, yo cobro lo mismo, haciendo el programa que sin hacerlo. A veces te tocan grupos de población muy duros (...). Hay situaciones muy graves que tú te encuentras ahí en medio, y dices por dónde salgo, problemas sociales... ¡todos los que quieras!
P4_ AC_LPMC

[1:93] Claro que falta de implicación (refiriéndose a los profesionales de enfermería como figura de enlace). Yo creo que el tema económico es fundamental. ¡Claro!, no hay dinero pues no hay dinero, pero tendrían que valorar que estás dedicando muchas horas haciendo un trabajo comunitario, que al final, creo que es más resolutivo... Entonces, si hubiera más dinero pues se podría cubrir a las enfermeras, pero "no se puede estar en misa y repicando". O sea, no puedes decir a las enfermeras que hay que hacer comunitaria y que luego no haya dinero para la comunitaria. Si se hace, aparte de tener a profesionales que se impliquen, se debe tener un dinero para que ese profesional no le repercute luego en sus listas de espera, en sus DPOs (refiriéndose a la Dirección por Objetivos del área asistencial en el centro de salud). Es que mucha gente al final se desmotiva de hacer cosas porque se preguntan "si no vengo dos días a la semana y luego resulta que tengo la agenda a tope, y luego además no me da tiempo a que acabe el año y conseguir mis DPOs...". Entonces en misa y repicando yo creo que no se puede estar. P4_ AC_LPMC

Las informantes, en general, valoran positivamente la participación interdisciplinar del CSMIJ, PASSIR y SOD en el abordaje de determinados problemas ya instaurados concernientes al fracaso escolar o bien problemas afectivos y relacionales; sin embargo, algunas echan en falta un abordaje más continuado a través de la educación en el aula, para prevenir la aparición de dichos problemas, que son descubiertos muchas veces, en el espacio confidencial de "consulta abierta".

[1:14] Desde el PASSIR trabajan dos psicólogos en el tema (refiriéndose a la problemática afectivo sexual). Con el CSMIJ se hacen 3 sesiones al año. Se abordan casos concretos relacionados con el fracaso escolar, problemas afectivos y relacionales, y se evalúan casos concretos, temas relacionados con la afectividad... Pero falta más información en las aulas, es lo que más demandan los adolescentes. Tienen muchísimas dudas. Acuden con multitud de problemas a la consulta (refiriéndose al espacio de consulta abierta). P1_ AC_LPMC

[1:115] Se abordan casos concretos, y está muy bien, aunque luego no se aporta la educación en el aula sobre ello, o se hace de forma inconexa. El profesor a veces no está acostumbrado a manejar estos temas (refiriéndose a contenidos propios de promoción de salud, afectividad, violencia, sexualidad, trastornos alimentarios, entre otros) y acaban convirtiéndose en problema que la mayoría de las veces se detectan en el espacio de "consulta abierta". P5_ AC_LPMC

Asimismo, aluden a una descoordinación intersectorial capaz de obstaculizar la promoción de salud en la escuela y la gestión de determinados problemas surgidos. Se refieren a las intervenciones educativas de los diferentes agentes, que no guardan relación ni continuidad entre ellas, llegándose a repetir contenidos.

[1:50] Se hacen también intervenciones itinerantes del Ayuntamiento por ejemplo o en algún centro público del territorio. Se hacen actividades desde otros servicios, desde circulación vial (refiriéndose a la DGT), Mossos (refiriéndose a Mossos d'Esquadra), etc. Cada uno lo suyo, claro. P2_AC_LPMC

[1:141] Los profesores van a tope, no sólo estamos nosotros, luego está el Ayuntamiento, luego viene la policía y hace educación vial, la asociación de epilepsia, la maratón TV3 cada año y hace sus talleres. Y entre todos no hay ninguna conexión. Cada uno va a hacer su tarea y muchas veces se repiten las cosas. No hay conexión, la verdad es que yo creo que tendríamos que saber todos lo que los demás están haciendo. P4_AC_LPMC

[1:112] La organización con los otros centros (ASSIR, CSMIJ) creo que es buena, aunque entre ellos tampoco hay conexión. [1:114] Tampoco se coordinan entre ellos para las sesiones educativas en el centro. Da la sensación de que los temas se repiten. P5_AC_LPMC

[1:92] No sólo estamos nosotros, luego está el Ayuntamiento, luego viene la policía y hace educación vial, la asociación de epilepsia, la maratón TV3 cada año y hace sus talleres. P4_AC_LPMC

También se refieren al papel que debe cumplir cada agente comunitario en el proceso de promoción de salud dentro del PSiE y en la gestión de determinados problemas que puedan surgir. En este sentido, una de las informantes manifiesta haberse sentido perdida dentro de la red de profesionales al no reconocerse éstos como agentes implicados en el proceso de promoción de salud.

[1:73] Antes de comenzar un programa todos los elementos que componen ese programa tienen que estar preparados y saber cuál es el papel de cada uno, y saber hasta dónde llega uno y otro, coordinarse de manera que se trabaje en red y muchas veces, yo creo que el fracaso de muchos municipios donde el Programa no ha funcionado es porque había un desconocimiento, la enfermera se encontraba allí como sola y desamparada y tenía un problema y no tenía a quién acudir; llamaba a los servicios y decían ¿pero, tú quién eres? y siempre tenías que estar explicando quién eres y como justificando algo. P4_AC_LPMC

Otras veces, es la propia escuela la que obstaculiza el intercambio en la gestión del problema, al intentar ocultarlo o minimizarlo.

[1:134] Hay institutos que tienen problemas y los tapan y hay otros que sienten que les apoyas y es más fácil. El bullying, por ejemplo, cuesta mucho. A veces viene le pediatra viene y te explica problemas, los profesores minimizan el problema, a nadie le gusta destapar, pero al final es problema, y es un menor y hay que actuar porque lo está pasando mal. P4_ AC_LPMC

8.2.3. Alianzas con el profesorado

En este apartado se analiza la percepción de las participantes respecto a la relación colaborativa que se establece con el docente para llevar a cabo la acción educativa y cómo ésta puede influir en las intervenciones de promoción de salud. Asimismo, se reflexiona acerca del papel del profesional de enfermería en claustro docente. Estos dos aspectos han conformado las subcategorías de análisis.

Relación de colaboración con el profesor-tutor.

Todas las participantes aluden a la necesidad de trabajar en colaboración con el profesorado para conseguir la máxima eficacia en las intervenciones de promoción de salud en la escuela, y que éste se implique en la promoción de salud. A partir de aquí, se refieren a la necesidad de establecer una relación positiva con el profesor —que depende en gran medida de la confianza ganada a lo largo del tiempo— logrando con ello, un espacio reconocido en la escuela y en la sociedad en que se vea reconocida su labor dentro de la escuela.

[1:135] Es esencial el vínculo que se establece con el profesor, pero no todos te lo ponen fácil. Sería interesante, no sólo para los alumnos, sino también para las familias. P1_ AP_RCPT

[1:15] Creo que el profesional de enfermería debe hacerse más visible, demandar su espacio, ganarse al profesorado. Yo empecé en una pequeña sala, y poco a poco fui haciéndome ver y gané un espacio y un reconocimiento en la escuela. Es importante el reconocimiento social y de la propia escuela para que esto sea factible (refiriéndose a la promoción de salud en la escuela). P1_AP_RCPT

[1:48] Si los pasos que tú haces para crear la "xarxa" (refiriéndose a la red) está bien hecho no hay ninguna dificultad porque te identifican como que eres el profesional que vienes de fuera. Haces los asentamientos de salud (...) Es muy importante cómo tú entras en el colegio, si explicas bien los objetivos, qué metodología utilizarás. Luego depende del colegio y la sensibilidad que tengan

para la salud. Hay colegios que me piden muchas intervenciones en clase para el tema de salud y otros que piden lo mínimo. P2_ AP_RCPT

[1:136] Es necesario establecer relación. En el momento en que esto no sucede, cuando no hay enfermera (en el centro escolar) o no se ha creado ese vínculo, la intervención de salud queda un poco a la deriva, depende de la sensibilidad de cada profesor. P2_ AP_RCPT

[1:63] También es importante la implicación de la escuela (refiriéndose al profesorado). Es otro de los problemas que yo creo que tiene este Programa. Salut I Escola parece que sea más un programa de "salut" y no de "escola". Entonces "salut" se implica, y la "escola" poco. Es como si hubieran plantado un "bolet" (seta) en medio de la escuela" que viene cada semana y le dejas un espacio y se pone ahí. Cuando los profesores se implican funciona mucho mejor. En una de las escuelas en las que estuve iba a una con los profesores y se montaban proyectos muy buenos. En cambio, en otro llegué y me sentía como un "bolet", no tenía referentes, hasta que hace dos o tres años encontré una Cap d'estudis (refiriéndose a la jefa de estudios) nueva que comenzó a implicarse. Si tienes a alguien que se preocupa y cuenta contigo es mucho más fácil. P3_ AP_RCPT

[1:88] Sobre todo, es muy importante el que los profesores te apoyen, porque de ellos depende mucho que nosotras tengamos tanto los talleres como las consultas (refiriéndose al espacio de consulta abierta). Hay compañeras que tienen mucho trabajo y hay otras que no, porque el instituto no apoya o no promueve lo suficiente la labor de esa enfermera (refiriéndose al apoyo del equipo docente), de lo que podría hacer. P4_ AP_RCPT

En esta misma línea, las informantes hacen referencia a las dificultades encontradas para conseguir dicho reconocimiento, aludiendo específicamente al sentimiento de pertenencia por parte del profesorado con respecto a la salud, sugiriendo que no lo ven como compromiso profesional propio.

[1:29] No lo ven como algo suyo (refiriéndose a la salud). No lo han interiorizado. P1_ AP_RCPT

[1:137] Ese es el problema, que creo que es un programa que no lo hacen suyo. P3_ AP_RCPT

[1:139] Van porque no les queda más remedio, porque desde el "Departament d'Ensenyament" les dice que sí o sí han de recibir a la enfermera de "Salut i Escola", pero no la potencian y vas allí y te da la sensación de que estás perdiendo el tiempo. P4_ AP_RCPT

[1:140] Esto no va con ellos (refiriéndose al Programa de Salut i Escola para el profesorado). No está suficientemente interiorizado. A veces parece que hayan plantado "un bolet" allí, sin más. P5_ AP_RCPT

Integración del profesional de enfermería en el centro escolar.

Uno de los aspectos más destacados en la entrevista con respecto a las alianzas con el profesorado y el papel que debe tener el enfermero, ha sido la inclusión de éste como un profesional más del equipo docente, integrado en el claustro. Todas las participantes apuntan a la importancia que tiene este aspecto para llevar a cabo intervenciones coordinadas y eficaces de promoción de salud en la escuela. De hecho, una de las participantes ya se concibe integrada en el claustro y siente que su opinión es escuchada.

[1:45] Esto depende de los colegios. Yo ya estoy dentro de este claustro, y me piden asesoramiento, y qué temas hay que trabajar. El tema de coordinación es muy importante porque en junio ya están preparando las actividades del curso que viene, pues si tú haces esa evaluación viendo las necesidades que has detectado por las preguntas que te hacen los alumnos puedes hacer una atención más óptima. P2_ AP_IPEC

Otras, en cambio, aluden a las dificultades para integrarse en la escuela, remarcando su papel actual concebido como un apoyo externo del profesor-tutor.

[1:30] Creo que sería muy interesante que pudiera integrarse en el claustro, pero en la escuela es difícil entrar, a veces no te dejan integrar. A veces no te enteras de las cosas, los profesores no te informan o te dicen que todo está bien, y luego te enteras de algún caso en concreto con algún alumno. Esperan apoyo externo, pero muchas veces te dificultan la entrada y la puesta en marcha de las intervenciones. P1_ AP_IPEC

[1:60] Vamos al claustro, recordamos que estamos, lo que vamos a hacer, que cada uno sepa la charla que haremos en clase para luego coordinar con la dirección. Normalmente una vez o dos nos vemos con los claustros. Hay escuelas que te lo ponen fácil y te dan tu espacio y hay escuelas en que te dicen aquí y llegas y te dicen que el profesor tiene una entrevista con unos padres y tú a esperar en la puerta, o bien te dicen que te coloques en un sitio que no hay nadie y resulta que luego te cambian porque tienen a un niño castigado en ese espacio. Ese es el problema, que creo que es un programa que no lo hacen suyo. P3_ AP_IPEC

[1:108] Sería importante formar parte del claustro, como un profesor más. Ésta es la manera de que te escuchen. [1:147] Tengo la sensación de que sólo acuden cuando hay un problema determinado con el alumno, te ven como algo externo, sólo se acuerdan cuando tienen algún problema. Muchas veces no te ven como una figura importante dentro de la escuela y parece que lo que buscan es cubrir el expediente de las tutorías. Sólo si tienen un problema concreto te valoran. P5_ AP_IPEC

Por último, una de las participantes apuesta incluso por la ubicación del profesional de enfermería en el centro de forma continuada.

[1:84] Yo creo que la enfermera tendría que estar no sólo en el claustro, sino en la escuela todo el día. Tendría que ser una enfermera que haga sólo eso, porque no le puedes dedicar todo el tiempo que quisiera. "En misa y repicando" no se puede estar. Las enfermeras escolares, por ejemplo, hay países que ya las tienen y se dedican sólo a eso. Sería una opción para hacer un trabajo mejor hecho. P4_ AP_IPEC

8.3. Formación del profesional

A lo largo del marco teórico se ha determinado que el profesional de enfermería, por sus conocimientos en salud, es idóneo para llevar a cabo educación para la salud, además, dicha tarea surge como un proceso continuo en la mayoría de las relaciones establecidas con los pacientes cada día, en todos los segmentos de población. Sin embargo, para impartir los contenidos de salud en la escuela, se ha determinado que no únicamente es imprescindible dominar el área de conocimiento de su profesión, sino que es imprescindible conectar con el sector de población al que va dirigida la intervención educativa y poseer los valores pedagógicos necesarios para llevar a cabo dicha acción de forma efectiva. En base a esto, nace esta dimensión que hace referencia a la capacitación para el ejercicio cualificado de la promoción de salud en la escuela.

Desde esta perspectiva, las participantes reflexionan acerca de las limitaciones y necesidades formativas percibidas para desarrollar intervenciones educativas en su contexto de actuación. Estos dos aspectos han quedado distribuidos en las siguientes categorías:

- **Limitaciones formativas:** percepción de los participantes sobre la formación recibida en promoción de salud en la escuela, tanto en lo que respecta a la enseñanza superior reglada como a la formación continuada.
- **Necesidades formativas:** referido a la opinión de las participantes sobre las necesidades formativas para desarrollar eficazmente las intervenciones en el aula y construir un perfil de educador de salud en la escuela.

Cada una de estas categorías ha quedado configurada por cuatro subcategorías que han emergido del análisis e interpretación de las 27 unidades de significado identificadas. Se muestra en la siguiente imagen un reporte sobre ello (Tabla 83).

Tabla 83. Categorías correspondientes a la dimensión relacionada con la dimensión de "Formación del profesional".

DOCUMENTOS PRIMARIOS		
CÓDIGOS	P 1: ENTREVISTA	Totals
LIMITACIONES FORMATIVAS	9	9
NECESIDADES FORMATIVAS	18	18
Totals	27	27

Fuente: extraída del análisis con ATLAS-Ti.

En la siguiente tabla (Tabla 84) se muestra un resumen de estas categorías y subcategorías, así como las propiedades que las sustentan y los códigos asignados.

Tabla 84. Categorías y subcategorías de análisis para la dimensión de "Formación del profesional". Elaboración propia

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	PROPIEDADES	CÓDIGO
LIMITACIONES FORMATIVAS	Formación superior reglada	Referido a la formación en promoción de salud recibida a lo largo de la carrera universitaria de enfermería.	LF_FSR
	Formación continuada	Referido a la formación recibida en promoción de salud recibida a lo largo de la carrera profesional enfermera.	LF_FC
NECESIDADES FORMATIVAS	Habilidades pedagógicas para la promoción de salud en la escuela	Referido a la formación en estrategias y métodos pedagógicos adecuados para llevar a cabo la promoción de salud en el contexto escolar.	NF_HPPSE
	Otras capacidades específicas	Implica el desarrollo de otras competencias específicas que permitan optimizar la intervención educativa del profesional de enfermería en la escuela, así como su propia reinversión como promotor de salud en dicho entorno.	NF_OCE

8.3.1. Limitaciones formativas

Uno de los aspectos más destacados en la entrevista ha sido la formación que el profesional de enfermería ha recibido para el abordaje exitoso de la promoción de salud en el entorno escolar. En este sentido, las participantes han reflexionado acerca de su formación pregrado, así como la formación continuada a lo largo de su carrera profesional que, sin duda, pueden haber constituido una limitación para la implementación de la promoción de salud en la escuela. Esto ha dado lugar a las dos subcategorías de análisis para esta categoría.

Formación superior reglada.

Las participantes sienten que la enseñanza recibida ha estado más enfocada hacia el área medicoquirúrgica y asistencial que al área educacional y comunitaria en los diferentes contextos, como es el caso de la escuela. En este sentido, añaden que la formación que tienen en este tema, se la han ido forjando a cuenta de su tiempo, motivación personal y en base a su experiencia profesional. Se muestra a continuación algunos reportes sobre este aspecto.

[1:131] Creo que el profesional de enfermería ha recibido una buena formación en el área medicoquirúrgica y asistencial, pero necesita más a nivel comunitario, hay que darle más énfasis a esta área. Conocerlo bien para poder enfocar los temas: entender la multiculturalidad, una visión más amplia hacia la diversidad. Sobre todo, en el contexto escolar. P1_ LF_FSR

[1:142] La formación universitaria es escasa en este sentido, en el día a día te tienes que buscar la vida para poder abordar todo esto. [1:143] Te enseñan para estar en un hospital o en una consulta, pero no en el ámbito educativo que tiene sus ciertas características. P2_ LF_FSR

[1:144] Yo ahora no sé, en mi época no (refiriéndose a la formación universitaria sobre promoción de salud en la escuela). A ver, yo me entusiasmé cuando empecé a hacer salud pública. A pesar de eso no salíamos formados. Es más tu iniciativa y tus ganas de hacer cosas; y realmente se han hecho cosas muy bonitas de Salud i Escola. P3_ LF_FSR

[1:83] Yo cuando acabé no tenía idea. No sé si ahora tienen más formación en este aspecto. Creo que éste, es un tema difícil (refiriéndose a la promoción de salud en el ámbito escolar). Adaptar la teoría a la práctica, sobre todo, porque yo, por ejemplo, aquí tengo población inmigrante con problemática social, entonces te tienes que adaptar. En la Universidad te hablan en general, luego tú llegas al barrio y no tiene nada que ver, luego tienes una barrera idiomática y cultural que hace

que a veces no entiendas cosas o comportamientos si no te metes de lleno en su cultura. A mí, personalmente esta formación no me la han dado en la universidad. P4_ LF_FSR

[1:116] Falta formación (refiriéndose a la formación universitaria), especialmente en lo que se refiere a comunicar. Hay un problema de oratoria, de no saber hablar en público. Saber expresarse didácticamente, comunicar al alumno o a los padres es necesario. P5_ LF_FSR

Formación continuada.

Por otro lado, se lamentan de que la formación continuada tampoco ha estado a la altura de las circunstancias en lo que respecta a la promoción de salud en la escuela. Ha sido percibida como escasa y de corte más teórico sobre temas comunes, lo que no ayudaría a adquirir habilidades prácticas para dinamizar talleres, ni tampoco a entender la diversidad y multiculturalidad de los educandos. Se muestra a continuación un aporte sobre este aspecto.

[1:32] A las que empezaban sí les dieron alguna formación sobre el Programa (refiriéndose a la formación continuada ofertada por el Dpto. de Salud), pero después esto ha costado más. En mi caso ha sido a costa de mi esfuerzo y de mi tiempo. Los congresos, cursos, etc., es porque me interesa el tema. P1_ LF_FC

[1:145] Desde el Departament (refiriéndose al Dpto. de Salud) sí que van haciendo formaciones específicas para enfermeras que van a trabajar con adolescentes, temas de alimentación, conducta alimentaria, sexualidad, entrevista motivacional. Todo esto sí que se hacen monográficos para que la gente pueda manejarse, pero claro, a la hora de hacer un taller... (duda de la respuesta). Una cosa es hacer una entrevista, y otra es cuando tú haces una dinámica dentro de una clase, que tú vas con tu kit de enfermera para hablar de sexualidad y lo que te ha servido en el 1ºA no te sirve en el 1ºC (refiriéndose a los diferentes grupos de alumnos). Necesitas unas habilidades para reconducir, y quizás esto es lo que más nos cuesta a los profesionales. P2_ LF_FC

[1:83] Nos prometieron (refiriéndose a los responsables territoriales) que íbamos a hacer reciclaje y el reciclaje lo tienes que hacer tú, por tu cuenta. Ahora empiezan a hacer algún curso, pero normalmente la formación es porque a ti te interesa. Porque has hecho un trato con el adolescente y por propia voluntad te vas apuntando (refiriéndose a cursos, asistencia a congresos y otras actividades formativas relacionadas con la temática), pero yo creo que nos tienen un poco abandonadas. Esa es la sensación que me da. P4_ LF_FC

8.3.2. Necesidades formativas

En esta categoría las participantes hacen reflexión sobre aquellos elementos para el profesional de enfermería que, a su parecer, serían necesarios para construir un perfil educador y garantizar el éxito en la promoción de salud en dicho entorno.

Por un lado, todas las informantes hacen referencia al enfoque eminentemente informativo que suelen tener las sesiones, sin dar oportunidad al alumno a que desarrolle su propio potencial. Coinciden en que es necesario la aplicación de nuevas fórmulas que permitan la implicación del alumno, generando así un mayor compromiso con su salud. Y con ello, sugirieron también la necesidad de desarrollar ciertas habilidades pedagógicas para la promoción de salud en la escuela.

Por otro lado, algunas de las participantes también aluden a otras capacidades específicas que desde el punto de vista pedagógico optimizaría la implementación de acciones promotoras de salud en la escuela. Por lo que estos dos aspectos han conformado las subcategorías de análisis que se detallan a continuación.

Habilidades pedagógicas para la promoción de salud en la escuela.

Las participantes aluden a la importancia que tiene adquirir ciertas destrezas para aplicar las estrategias y métodos pedagógicos más adecuados, dinámicos y que fomenten la participación (debates, trabajos en grupo, entre otros), propiciando que el alumno construya su propio aprendizaje, reflexione y tome consciencia de sus actos.

[1:33] Creo que es importante dedicarle más tiempo a la formación en estrategias educativas diferentes (cine fórum, coloquios...) para los diferentes niveles educativos. Actualmente se ofrece para la etapa de Secundaria (refiriéndose a los cursos formativos), pero no para Primaria. [1:34] A los alumnos hay que ganárselos para que se impliquen. Hay que buscar estrategias nuevas. La charla genérica no funciona. Hay que ofrecer incentivos, o “microcápsulas” que les ayuden a comprometerse. [1:38] Es necesario colorido, formación en nuevas estrategias, ser casi como un actor, pero con base científica. P1_NF_HPPSE

[1:146] Tenemos todos los conocimientos (en términos sanitarios), pero faltan habilidades para conducir grupos quizá, pero es un profesional que está capacitado para poder llevarlo a cabo (refiriéndose al profesional de enfermería). P2_NF_HPPSE

[1:67] Se ha de intentar llegarles lo mejor posible. Recordarles que estoy disponible y dónde me pueden encontrar. Se trata de encontrar la manera de que llegar hasta ellos. Yo, por ejemplo, les digo que no voy a calcular lo que ellos beben, sino que les voy a ofrecer las herramientas para que ellos mismos lo puedan hacer y valorarlo, bien para ellos, o bien para alguien que tienen en casa que no se da cuenta de que bebe mucho. Que, de alguna forma, ellos puedan ser partícipes y responsables y puedan verlo. Establecer debate. La metodología depende de la clase. Hacerlas participativas, que unos tiren de los otros, explicar siendo lo más didáctico posible. P3_ NF_HPPSE

[1:98] En cierta manera, la persona también hace que enganche más con los críos, y, sobre todo, yo creo que es hacer talleres, no de charlas magistrales, sino hacerlo muy práctico y que participen ellos. Hablar tú poco y que participen ellos, porque si no, los chavales se agobian muy pronto y en seguida empiezan a mirar los móviles y a hablar entre unos y otros. P4_ NF_HPPSE

[1:96] Eso son pilares estrella (refiriéndose a la alimentación, ejercicio físico, entre otros). Es impensable que no estén, porque a pesar de eso, los chavales siguen comiendo fatal y no hacen nada de deporte con lo cual a lo mejor tendríamos que plantearnos otras maneras de plantear ese tema, a lo mejor haciendo otro tipo de actividades. Se hacen talleres de una hora informativos, pero entre que empiezas y no empiezas, se callan y no, te preguntas qué me queda ¿enseñarles la pirámide?, pues a lo mejor eso de la pirámide ya está obsoleto y lo que ellos necesitan es otro tipo de metodología, y más participativo y decirles "el miércoles que viene tenéis que traer un menú", sabiendo de qué va la pirámide de alimentos, pedirles que hagan un menú saludable, para que ellos trabajen un poco por grupos, por ejemplo. [1:97] Se intenta actualizar las presentaciones existentes. También es verdad que si tú no te trabajas esa presentación es muy difícil que puedas vender el producto. Si tú me dejas esa presentación, o lo leo, o lo entiendo. A veces, tanta letra... ellos se dedican a leer y desconectan, y tienen diez minutos de máxima conexión, pero luego ya. El éxito de un taller es quién hace ese taller, porque ha habido compañeras que han hecho ese taller un ha ido super bien y han venido otras y ha sido un fracaso. [1:98] Entonces en cierta manera, la persona también hace que enganche más con los críos, y, sobre todo, yo creo que es hacer talleres, no de charlas magistrales, sino hacerlo muy práctico y que participen ellos. Hablar tú poco y que participen ellos, porque si no, los chavales se agobian muy pronto y en seguida empiezan a mirar los móviles y a hablar entre unos y otros. P4_ NF_HPPSE

[1:94] Ellos son muy visuales. Por ejemplo, trabajar con un cortometraje un tema, es mucho más enganchante para él a que tú vayas con tu PowerPoint y hables. Esas habilidades la enfermera de Salut i Escola, las tiene que tener y para eso hay que formar (refiriéndose al profesional de enfermería). Tú puedes tener a nivel personal una manera de ser que enganches más con los chavales, pero luego yo creo que nos tienen que dar herramientas para poder desarrollar ese tipo de técnicas que hagan que tu taller sea más efectivo y exitoso. P4_ NF_HPPSE

[1:117] Se dan sobre todo clases magistrales, pero no funciona. Sería más óptimo que los alumnos participasen, que ellos mismos trabajen en el aula de forma más práctica, que se establezca

*debate. Sí, éste sería un tema interesante y falta trabajo ahí (refiriéndose a la formación). [1:152]
Ser práctico aplicando intervenciones educativas, habilidades prácticas. P5_ NF_HPPSE*

Una de las participantes también recuerda la necesidad de explorar las potencialidades del alumno, identificar las necesidades previas de aprendizaje, así como los temas que responden a los intereses del alumnado, y desarrollar situaciones de aprendizaje ajustados a dicha realidad, encontrando las fórmulas adecuadas para ello.

[1:53] El tema está en encontrar temas que les preocupen, tema sexualidad, por ejemplo... Tener en cuenta las inquietudes habituales del este tipo de población. Es importante conocer al alumno. Yo vengo aquí con mi libro para hablar de alimentación, cuando a lo mejor en aquella clase su preocupación no es los hidratos de carbono, sino el sobrepeso que hay y a lo mejor estás dando una intervención que tampoco será la más adecuada. P2_ NF_HPPSE

Otras capacidades específicas.

Partiendo de que el profesional de enfermería ya tiene una formación y experiencia en salud inherente a su profesión, y asumiendo la importancia otorgada a la formación en habilidades pedagógicas para llevar a cabo estrategias dinámicas y acordes al contexto escolar; las informantes han hecho también referencia a la necesidad de desarrollar otras capacidades específicas, que desde el punto de vista pedagógico optimizarían la implementación de acciones promotoras de salud en la escuela.

De este modo, una de las participantes se ha referido a la capacidad investigativa como herramienta para la excelencia y reconocimiento profesional.

[1:150] Debería desarrollar competencias específicas (refiriéndose al profesional de enfermería). Especialmente es importante la competencia de investigación. Esto te da valor como profesional, da valor a las actuaciones llevadas a cabo. Creo que esto favorecería sobre todo su reconocimiento. P1_ NF_OCE

Otras informantes han hecho referencia al sentido común para detectar las necesidades y responder a los intereses de los alumnos.

[1:151] Como competencia principal, el sentido común, detectar la necesidad, el problema que hay, y entonces montar una actividad en función de lo que tú ves, de cómo ves a los niños, sus inquietudes. P3_ NF_OCE

Y también a la competencia comunicativa.

*[1:154] Saber expresarse didácticamente, comunicar al alumno o a los padres es necesario.
P5_NF_OCE*

Por último, han hecho alusión a la predisposición, implicación e interés para llevar a cabo la acción educativa en la escuela.

[1:99] Sobre todo, que le guste (refiriéndose al profesional de enfermería). Porque los adolescentes en un grupo un poco "rancio", quiero decir, es muy complicado mantener la atención del adolescente. Tienen que ser temas que a ellos realmente les importe y sobre todo ser bastante creativa a la hora de enganchar su atención. P4_ NF_OCE

[1:148] hay gente que te dice (refiriéndose al profesional de enfermería), yo voy al centro, que vienen (refiriéndose a los alumnos) bien, que no, pues me pongo a leer el diario. Si haces esto es difícil que te vengan. P3_ NF_OCE

[1:153] Sobre todo implicarse, y más continuidad en la acción. P5_ NF_OCE

PARTE V. DISCUSIÓN

CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN DELPHI

Se presenta en este capítulo la interpretación y discusión de los resultados derivados del análisis, con el fin de construir una síntesis comprensiva global sobre la realidad estudiada. Se expone un análisis reflexivo de los aspectos más relevantes extraídos de las tres rondas del Delphi, profundizando en los rasgos definitorios del PEPSEE y en cada una de las categorías competenciales determinadas en la investigación a través de un proceso de relación y comparación de los datos.

La discusión del Delphi se ha estructurado en dos partes, la primera dedicada a la definición del PEPSEE y la segunda a las competencias pedagógicas extraídas. En lo que se refiere a la definición del PEPSEE, el análisis ha estado centrado en su rol educador, dando prioridad a los elementos que se desprenden de éste. Los hallazgos más importantes han sido la importancia otorgada al PEPSEE como mediador pedagógico de salud, su capacitación pedagógica como condicionante de calidad de la promoción de salud y su sensibilidad pedagógica y valores más allá de la profesión enfermera.

En lo que respecta a las competencias pedagógicas, entre las más valoradas por los expertos están el conocimiento específico para poder impartir la materia de salud en la escuela, la competencia interpersonal y de trabajo de equipo y las habilidades de mediación pedagógica de salud. La comunicación educativa y la actitud docente competente ha sido otra de las categorías competenciales más destacadas por el grupo de expertos, obteniendo valoraciones elevadas para los ítems planteados, así como el consenso definitivo en la mayoría de ellos. Los valores profesionales inherentes a la dimensión ética de salud, ha sido la siguiente categoría mejor considerada. Con la relacionada con la investigación pedagógica en promoción de salud, así como la competencia digital e innovación pedagógica, se comprueba que el grupo de expertos ha ido reafirmando su opinión a lo largo de las tres rondas acerca de su relevancia quedando finalmente consolidadas como categoría a tener en cuenta en el perfil del PEPSEE. Por último, el liderazgo educativo ha conseguido un elevado nivel de consenso en la mayoría de los ítems planteados referidos tanto al liderazgo directo como indirecto. Se presenta a continuación la discusión desglosada de estos aspectos.

9.1. Definición PEPSEE

Uno de los aspectos relevantes que se han podido determinar ha sido la responsabilidad esencial del PEPSEE como **mediador pedagógico de salud**: estar presente en el proceso de aprendizaje del educando, orientándole, acompañándole y guiándole con objeto de alcanzar el bienestar en salud. Estos resultados se avienen con lo dirimido en la literatura científica, en la cual se subraya la función encaminada a motivar y orientar como uno de los elementos más importantes del rol educador, considerando por tanto

al profesional que lo desempeña, como un mediador de los cambios voluntarios del comportamiento (Gutiérrez, 2004; Choque, 2005). Otros autores sostienen que el docente se constituye en un organizador y mediador en el encuentro del alumno con el conocimiento, y su función primordial es la de orientar y guiar la actividad mental constructiva de sus alumnos, a quienes proporcionará una ayuda pedagógica ajustada a sus competencias (Keila & Parra, 2014). En este proceso de mediación, también ha surgido el papel protagonista del educando, es decir, la responsabilización del alumno en el mantenimiento de su salud tomando conciencia de ésta. Esto concuerda con autores como Torres (2009) que alude al empoderamiento en la educación como vía de transformación individual y social, convirtiéndose el aula en escenario generador de conciencia crítica, y el docente en líder educativo comprometido con la formación reflexiva. Desde esta perspectiva, el enfermero se alzaría como guía de aprendizaje y facilitador de las condiciones y medios necesarios para que sea el propio alumno el que participe de la gestión de su conducta de salud, permitiéndole explotar su máximo potencial y tomar las decisiones adecuadas.

La **capacitación pedagógica** ha sido otro de los elementos que ha surgido con fuerza del análisis realizado para la definición del PEPSEE. Esto se ajusta a estudios anteriores en los que se alude a la capacitación profesional como un condicionante para lograr un sistema sanitario, y también educativo, orientado a la prevención y la promoción de la salud. Referentes teóricos como Springett (1998)⁹¹ aludían a la importancia de la formación-capacitación para el ejercicio de la promoción de salud (Gutiérrez, 2003). Por su parte, Gutiérrez (2003) sugiere que, para el desarrollo de ésta, así como para práctica de la educación en salud, es condición necesaria disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de los profesionales. Roza de Arévalo (2002) puntualiza en este aspecto considerando como factor determinante una formación pedagógica específica de los profesionales de la salud responsables de impartirla. La Organización Mundial de la Salud también avala el elemento formativo, considerando necesario modificar radicalmente la capacitación y la práctica de la promoción de la salud, con objeto de que ésta sea tomada en serio, debiendo incluirse el «arte» de la promoción de la salud (WHO, 2000). Este elemento también ha sido reforzado en las entrevistas, en las que se ha aludido a la importancia de la capacitación

⁹¹ Springett (1998). *¿Qué tipo de calidad para qué tipo de promoción de la salud?* (documento elaborado para el Comité Europeo para el desarrollo de la promoción de la salud). Brighton 1-3 abril 1998.

del profesional como uno de los factores facilitadores para la promoción de salud en la escuela.

De igual forma ha brotado la necesidad del PEPSEE de desarrollar una **sensibilidad docente** que implica unos valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera. La tarea de educar debe transmitir emoción para inducir a un aprendizaje significativo y promover las potencialidades del individuo. Educar debe consistir en un camino de autorrealización mutua entre educador y educando. La idea es lograr que el educador sea capaz de transformar al otro, a partir del asentamiento de unos valores pedagógicos, alcanzando una comprensión del universo educativo más allá del sanitario. Autores como Rosales (2014) avalan esta cuestión al afirmar que la concepción que tiene el docente de sí mismo influye en la manera de relacionarse con los educandos, por lo que es pertinente trascender en la concepción de facilitador y verse como parte del proceso entre el conocimiento, los saberes y las experiencias de los estudiantes donde se articule la realidad particular y colectiva. Arboleda (2011) afirma que el verdadero educador es quien realmente comprende el acto pedagógico y la tarea educativa, y quien la asume visceralmente. Se deduce así que, si el enfermero no se siente educador, entonces la calidad de la enseñanza en salud, también se verá perjudicada. De hecho, la falta de este elemento ha sido señalado por las participantes en la fase de entrevistas como una barrera para el adecuado desarrollo de la promoción de salud en la escuela.

Del análisis de la definición del PEPSEE, se revela también la importancia otorgada a la **visión integral del individuo**. Es decir, la capacidad del PEPSEE de forjar un proceso de enseñanza-aprendizaje que permita el completo desarrollo de la persona en todas sus dimensiones, tratando de aportar conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones que contribuyan a la vida saludable individual y comunitaria a lo largo de toda la escolarización. Y es que dicho aspecto, además de conformar uno de los grandes ejes del concepto de salud, desde una perspectiva pedagógica también ha constituido una constante del proceso de enseñanza-aprendizaje. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) ya se aludía a este elemento en todo lo que concierne al derecho a la educación. En las sucesivas leyes educativas, también se ha ido reafirmando este enfoque, señalando entre las finalidades de la educación, la formación humana integral y el pleno desarrollo armónico de la personalidad, entre

otras. Torroella (2003) se refiere a ello como la educación para la vida o pedagogía del ser que propende al desarrollo integral de la personalidad, de las potencialidades del hombre y de la plenitud (Molerio, Otero, & Nieves, 2007).

Por último, otro de los elementos que ha llamado la atención ha sido la **integración del profesional en el centro escolar** y comunidad educativa en la que se lleva a cabo la acción, así como su participación en el claustro, puesto que ha sido motivo de divergencia no lográndose a alcanzar un acuerdo ni consenso definitivo en lo que respecta a la definición del PEPSEE. Esta decisión sorprende, dado que a lo largo del Delphi sí se ha ido constatando la importancia de la participación del PEPSEE en las decisiones técnico-pedagógicas del centro escolar en lo que respecta a la salud, y es precisamente en el claustro donde se llevan a cabo la mayoría de estas decisiones. Asimismo, contrasta con otros autores como Encinar (2015) que sí ha reconocido la importancia de dicha integración: “si el profesional de enfermería está integrado en la escuela, se garantiza la planificación, puesta en marcha, supervisión y evaluación de los programas de salud escolar” (p.60). Dicho elemento también ha sido reconocido por las informantes en la fase de entrevistas como un elemento facilitador de la promoción de salud en el entorno escolar. Quizás el hecho de estar integrado en el centro escolar no constituye un rasgo que defina al PEPSEE, aunque sí un aspecto necesario para que éste pueda llevar a cabo su labor de forma efectiva en la escuela.

9.2. Competencias pedagógicas del PEPSEE

Partiendo de que la promoción de salud es considerada como un fenómeno pedagógico que implica la existencia de un proceso de enseñanza-aprendizaje, en el que se busca capacitar a la persona en la toma de decisiones positivas de salud. Habiendo definido al profesional de enfermería como protagonista mediador de este proceso, parece lógico pensar que éste debe cumplir con unas competencias pedagógicas bien definidas para lograr que dicho proceso sea efectivo en la escuela y reconocido no sólo por la sociedad, sino por la propia escuela. No basta con ofrecer información teórica y técnica de salud, sino que es preciso integrar ciertas habilidades, actitudes y conocimientos pedagógicos.

En primer lugar, cabe destacar el énfasis concedido por los expertos al desarrollo de un **conocimiento específico para poder impartir la materia de salud en la escuela**, consiguiendo este aspecto un nivel de acuerdo y consenso alto, por encima incluso del propio conocimiento enfermero. Dicho conocimiento iría enfocado no sólo al contenido de la materia de salud que va a impartir, sino también al conocimiento del contexto escolar y su estructura, conocimiento del currículum educativo, del alumnado y del resto de la comunidad, así como de las teorías pedagógicas de aprendizaje y metodologías de enseñanza para cada etapa educativa. Si bien es cierto que no se han encontrado referencias claras en la literatura sanitaria de este tipo de conocimiento; sin embargo, este resultado se aviene con lo expuesto por Shulman (1987), uno de los teóricos referentes de la disciplina pedagógica. Este autor desarrolló uno de los modelos más destacados de conocimiento específico y particular para el docente contribuyendo con ello a su enaltecimiento en el contexto escolar (Leal, 2014). Incluía aspectos tales como el conocimiento de las estructuras de la materia enseñada y de los principios de la organización conceptual; el conocimiento del currículum, los libros de texto y otros materiales para la aplicación de contenidos; la organización escolar y políticas de gestión; y el conocimiento de los contextos educativos, entre otros (Shulman, 2005).

Tal vez, desde el punto de vista sanitario, como conocimiento indispensable para hacer efectiva la promoción de salud en la escuela, se ha venido reforzando más la idea de la formación previa en educación para la salud, técnicas de comunicación, trabajo en grupos, entre otros (Domínguez, 2006; Gavidia, 2007; Salvador & Suelves, 2009); no obstante, entendiendo que la promoción de salud en la escuela constituye una acción pedagógica, parece lógico tener en cuenta también otro tipo de conocimiento relacionado con el contexto pedagógico en que se va a llevar a cabo dicha acción. De igual forma, las participantes entrevistadas sugieren como una limitación la escasa formación básica relacionada con la promoción de salud en la escuela, que frecuentemente se ha adquirido a través del compromiso y experiencia profesional.

Por otro lado, **la competencia interpersonal y de trabajo de equipo** —una de las categorías más estudiadas en los procesos educativos—, ha sido altamente valorada por los expertos, especialmente en lo que respecta a la actitud colaborativa en la planificación y desarrollo de propuestas curriculares diversificadas que garantizan el mantenimiento de la salud escolar. Para autores como Torrelles, Coiduras, & Carrera

(2011) se trata de una competencia participativa que permite aumentar la productividad, la innovación y la satisfacción en el trabajo. No obstante, para desarrollar dicha competencia no es suficiente con tener los conocimientos teóricos sobre el significado de equipo, sino que tiene más implicaciones. Desde esta perspectiva, del análisis de las tres rondas del Delphi se deduce que el PEPSEE debe ser capaz de colaborar activamente con otros profesionales y estamentos dentro y fuera de la escuela, creando redes y alianzas en todos los aspectos que favorezcan y promuevan el proceso de enseñanza-aprendizaje en salud. Lo cual coincide con la propia Estrategia de Europa 2020 que sugiere alianzas estratégicas y movilización entre todos los sectores para lograr la esencia de la promoción de salud en la escuela. Y es que aplicando una visión interdisciplinar a una situación problema y abordando éste desde diferentes puntos de vista, se puede obtener una visión más amplia, más completa y unificada, logrando alcanzar una solución integral y más adecuada. Cada disciplina involucrada, puede realizar aportes importantes y diferentes entre sí al conocimiento que puede construirse sobre una determinada situación (Grisolia, 2008). Otros autores como Petit & Fetro (2006)⁹², también señalan la importancia de «sinergizar», es decir, colaborar con otros educadores y llevar a cabo programas coordinados de salud escolar, entre los atributos de los educadores de salud efectivos.

En esta línea, el grupo también ha otorgado una alta importancia a las **habilidades y comportamientos sociales** que permiten al enfermero promotor de salud tener una mejor relación y comunicación con el equipo y el resto de la comunidad educativa, probablemente porque la relación interpersonal constituye un elemento ya implícito en el cuidado enfermero. Se alude así a la necesidad del PEPSEE de disponer de repertorios de conducta adecuados para enfrentarse a las diferentes situaciones que puedan darse con el equipo: compartir, respetar y aprender a adaptar la aplicación de procedimientos en función de las situaciones que se presentan, ya sea con el alumnado, con el profesorado o con el resto de la comunidad educativa; adquiriendo una actitud flexible, pero a la vez asertiva, siendo capaz de resolver aquellos conflictos y dificultades que de dicho proceso se generen; analizando y buscando alternativas, demostrando autocontrol y paciencia; y desarrollando una conducta comunicativa efectiva.

⁹² Dichos atributos proceden de la interrelación entre los «siete hábitos de personas altamente efectivas» de Stephen Covey y las responsabilidades y competencias propuestas por la Comisión Nacional de Credenciales de Educación para la Salud (NCHEC).

Este resultado ha sido consistente con lo expuesto por otros autores quienes aluden a ciertas habilidades interpersonales como elemento indispensable para el trabajo en equipo. Según Torrelles et al. (2011) una de las claves del trabajo en equipo está en la comunicación que se establece entre los miembros que lo integran, que permite compartir información, actuar de forma concertada y posibilitar su funcionamiento óptimo. De hecho, una falta de comunicación puede ser una de las principales causas de fracaso de los equipos. Para Zafrilla & Laencina (n.d.), el trabajo en equipo implica elasticidad en medida que la situación lo requiera y adaptarse sin problemas a los cambios en la propia organización o en las responsabilidades del puesto. Implica ser objetivo y reconocer que los puntos de vista de los demás son válidos; tener flexibilidad en la aplicación de procedimientos en función de cada situación, adaptándolos a los objetivos globales de la organización. Esto también ha sido un elemento extraído en la fase de entrevistas como facilitador del proceso de promoción de la salud en la escuela. Por un lado, la relación establecida con el docente ha surgido como uno de los aspectos clave para llevar a cabo la promoción de salud en la escuela. Es decir, que el profesional de enfermería consiga interactuar con el tutor, alcanzando un lenguaje común igualitario, de tal forma que el éste pueda ver la labor del enfermero como una acción pedagógica recíproca a su propia acción, y no como una interferencia a su docencia. De ello depende que se puedan llevar a cabo acciones educativas de forma efectiva. Por otro lado, la relación que establece el enfermero con el resto de los agentes implicados, alzándose como una figura clave de enlace. A la vista de los resultados, se puede afirmar que el PEPSEE surge como facilitador de la comunicación entre el personal escolar, familiares, profesionales de la salud y el resto de la comunidad. Igualmente, requiere de habilidades comunicativas, flexibilidad y adaptación para considerar una determinada situación desde diversos ángulos, pero también suficiente autocontrol para gestionarlo.

Otra de las competencias que ha obtenido un gran acuerdo en cuanto a su relevancia, así como un amplio consenso de grupo, ha sido **las habilidades de mediación pedagógica de salud**. Definir las particularidades del buen mediador en el aprendizaje, sigue constituyendo un reto en la literatura pedagógica. Se puede entender que la mediación pedagógica que lleva a cabo el PEPSEE es la manera en que éste desarrolla su práctica docente, poniendo especial atención en la metodología utilizada para dicha práctica en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Este tipo de mediación tiene por

objeto un acompañamiento del alumno para que integre la realidad correspondiente que le ayude en un desarrollo saludable a lo largo de la vida.

En base a esto, uno de los aspectos que cabe destacar del análisis del Delphi es la habilidad del PEPSEE para identificar las necesidades previas de aprendizaje en salud tanto de los alumnos como de la comunidad educativa, y diseñar procedimientos flexibles en base a estas necesidades, teniendo en cuenta los conocimientos previos y la realidad escolar, como base de la construcción del conocimiento. El grupo de expertos se reafirma así con la concepción constructivista del aprendizaje, que establece que éste ocurre —entre otras cosas—, cuando el alumno es capaz de relacionar de manera no arbitraria y sustancial la nueva información con los conocimientos y experiencias previas que posee en su estructura de conocimientos (Morales, 2009). Asimismo, coinciden con estudios como el de Ferreiro y Calderón (2005) quienes destacan aspectos relacionados con la valoración previa del proceso de enseñanza entre las características del buen mediador (citado en Keila & Parra, 2014, p.160). Este aspecto también surge en el análisis de las entrevistas considerando al enfermero un factor clave para ello por su vinculación en la atención con la comunidad y su formación en problemas de salud.

Otro de los aspectos clave destacados en el análisis es la habilidad para organizar y secuenciar las acciones didácticas, y escoger métodos de enseñanza adecuados que doten de significancia a la acción formativa y que permitan alcanzar los objetivos educativos de salud. Estos resultados han sido consistentes con investigaciones anteriores de otros autores, tales como Villarruel (2009), quien delimitó las recomendaciones generales para ser un buen mediador, entre las que destacaban acciones de organización y planificación del proceso, así como estrategias didácticas y métodos de enseñanza a seguir. En la misma línea, autores como Montes de Oca & Machado (2011) se refieren a la habilidad para seleccionar las estrategias didácticas que propicien la movilización de saberes, así como los métodos de enseñanza-aprendizaje, como vía o camino que se adopta en la ejecución del proceso de mediación. Estos elementos también se abordan en las entrevistas, aludiendo a la necesidad de generar métodos que consigan motivar a los alumnos y guiar los aprendizajes.

Por último, el proceso evaluativo también ha adquirido una alta relevancia para el grupo de expertos en lo que respecta a las habilidades de mediación pedagógica, debiendo el PEPSEE desarrollar una capacidad evaluativa como parte constitutiva de la enseñanza. Este resultado coincide también con estudios previos que demuestran que el proceso de evaluación no sólo ha resultado ser una parte ineludible para la práctica de la promoción de la salud en general, pudiéndose medir incluso el impacto en la salud de la población (Gutiérrez et al., 2003), sino que también se constituye como una tarea obligatoria y cardinal en la labor pedagógica del mediador. Sin evaluar es imposible explicar, comprender y realizar mejoras en dicho proceso (Villarruel, 2009). La evaluación —como parte de la planificación operativa— también ha sido discutida en las entrevistas como una barrera tal y como se desarrolla, puesto que estaría más enfocada a conocer el grado de satisfacción de los participantes que el grado de consecución de los resultados de salud obtenidos con la acción formativa.

La **comunicación educativa** ha sido otra de las categorías competenciales más destacadas por el grupo de expertos, obteniendo valoraciones elevadas para los ítems planteados, así como el consenso definitivo en la mayoría de ellos. Probablemente este resultado haya venido motivado porque la comunicación ya es uno de los aspectos substanciales de la disciplina enfermera en la atención al individuo, puesto que a través de la comunicación con el paciente se consolida la relación del cuidado.

A la vista de los resultados obtenidos, se deduce que la acción discursiva y todos los aspectos lingüísticos que la acompañan, adquieren especial interés para el PEPSEE, el cual debe ser capaz de mantener un diálogo abierto y receptivo, estimular intelectualmente, convenciendo para la preservación y el mantenimiento de la salud, tanto del alumnado como del resto de la comunidad educativa. Autores como Torre (2002) avalan su importancia, resaltando que estas estrategias de intervención hacen posible que el mensaje llegue con la mayor claridad y precisión posible. De la misma manera, también ha tenido una alta valoración la necesidad de desarrollar una actitud comunicativa adecuada al contexto escolar, afectiva, conciliadora y flexible; de cercanía con los alumnos, basada en los acuerdos. Con toda probabilidad esto ha venido dado porque dichas habilidades son inherentes a la profesión de enfermería. Prácticas tales como la empatía, la escucha activa, el respeto a la dignidad del individuo, entre otras, son desarrolladas por la disciplina enfermera con la finalidad de conseguir una

comunicación eficaz y una relación terapéutica satisfactoria con el paciente (Landete, 2012). Esto también concuerda con teóricos como Pradelli (2011) quien alude al valor de las habilidades comunicativas y lingüísticas relacionadas con «lo que se dice», con el «cómo se dice», y con el uso y estructuración del entorno en el que se transmite el mensaje para llevar a cabo el proceso de comunicación en el contexto escolar. Torre (2002) refiere que, a partir de las expresiones faciales, gestos, movimientos, y posturas corporales, se transmiten actitudes de afecto, apoyo, seguridad y receptividad que refuerzan la acción educativa. En la fase de entrevistas, la comunicación ha también ha sido valorada como un elemento clave para la efectividad de las intervenciones promotoras de salud.

En lo que respecta a la categoría competencial relacionada con la **actitud docente competente** se puede decir que ha adquirido una gran relevancia en este estudio, alcanzando una de las puntuaciones más altas para el Delphi, y manteniéndose el grado de consenso elevado hasta la última iteración. Se concluye que ésta debe ser constructiva y abierta; de tolerancia y de respeto a la realidad de los alumnos; con disposición permanente al aprendizaje y actualización en la tarea pedagógica, positiva y proactiva; con disposición de ayuda. Lo cual es consistente con la opinión de otros referentes teóricos en la materia, quienes subrayan que un docente con actitud abierta para colaborar y tolerante ante las diferencias de la educación, que comparte sus ideas y se interesa por las de los demás, estableciendo un diálogo pedagógico y con disposición para negociar; es un profesional que tiene más probabilidad de obtener mejores resultados (Romero, 2010; Rossaro, 2011). Dicha actitud hace posible que los alumnos no sean receptores conformistas, sino agentes activos de su propia educación (Carretero, 1993), y, además, constituye un elemento imprescindible del rol educador (Rossaro, 2011). En las entrevistas también se ha deducido que la actitud del profesional de enfermería puede llegar a ser un factor facilitador o bien una barrera para la promoción de salud en la escuela. Actitud de búsqueda, proactiva, así se obtienen los buenos resultados. Así, por ejemplo, aquellos profesionales que acuden al centro escolar, pero no se molestan en demostrar su papel educador y se quedan esperando a que sea el alumno quien tome iniciativas, claramente no asumen dicho rol y suponen una interferencia para el impulso de la promoción de salud en la escuela.

Por otro lado, partiendo de la base de que el profesional enfermero tiene una formación completa teórico-práctica en su propia rama de conocimiento (ciencias de la salud), que de alguna manera justifica su idoneidad para promover la salud; parece lógico que el desarrollo efectivo de esta profesionalidad en la escuela deba de tener en cuenta también la asunción de otros **valores profesionales inherentes a la dimensión ética**. Es decir, no se trata únicamente de asegurar acciones de forma condicionada a dicho conocimiento de salud, sino que se trata de considerar otros valores que implican la buena actuación como parte sustantiva de su profesionalidad. A partir de la asunción de estos valores, se puede afirmar que dicho profesional se preocuparía no solamente de la salud de sus pacientes, sino de la formación de sus educandos en lo que se refiere al mantenimiento de su salud, y esto sin duda justifica su existencia como grupo profesional en la sociedad, proporcionando un bien completo y real a ésta. Esto concuerda con corrientes antepuestas en las que se determina que el sentido de toda profesión adquiere legitimidad no sólo con el dominio de competencias para el buen desempeño en la dimensión técnica, sino también mediante la construcción de legitimación social (Cortina, 2000). La profesión va más allá de una ocupación que permite obtener ingresos, sino que, en realidad es una práctica social que adquiere su verdadero sentido y significado en el bien que proporciona a la sociedad. Es decir, que hay deberes éticos ante la sociedad para hacer el bien común desde los saberes de cada profesión (Ibarra, 2007; López, 2013). El profesional, al adquirir los conocimientos y las habilidades que lo distinguen como tal, también adquiere el compromiso y la responsabilidad de prestar de manera eficiente el servicio que le compete, y por el cual la sociedad lo acepta y reconoce como profesional (Ibarra, 2007).

Desde esta perspectiva, se revela que el grupo ha hecho alusión especialmente a elementos relacionados con el compromiso con la docencia; la disposición y motivación personal por ejercer dicho rol tomando conciencia de sí mismo, y la responsabilidad profesional que permite desarrollarlo de manera óptima. Estos valores también han sido motivo de reflexión en la literatura científica como elementos necesarios para llevar a cabo un proceso de enseñanza-aprendizaje óptimo. Para Rodríguez et al. (2010), la capacidad de responsabilizarse en el trabajo es la disposición para implicarse verdaderamente en la tarea laboral asumida, ya sea desde la perspectiva personal como profesional. Esta asunción de responsabilidad tiene como consecuencia directa la actitud de interés para que todo funcione a la perfección. Para Arboleda (2011) es

necesario una predisposición y satisfacción personal que dote de significado la acción pedagógica. Para Ibarra (2007) es fundamental tomar consciencia del proceso, es decir, que el profesional educador adquiera razón sobre el sentido de sus capacidades. Desarrollar estos valores implica un buen uso de las competencias profesionales, y es lo que realmente puede dotar de sentido al quehacer profesional de la figura del PEPSEE. Estos valores también han estado presentes en la fase de entrevistas como factores facilitadores de la promoción de salud en la escuela. Por un lado, el compromiso de las profesionales participantes que por iniciativa propia han promovido intervenciones educativas en la escuela. Por otro lado, la responsabilidad de «querer hacer» y formarse por cuenta propia para llevar a cabo la mejor de las acciones en cada etapa educativa surgida, y, por último, la consciencia demostrada con su predisposición ante determinadas necesidades que puedan surgir en la escuela y satisfacción personal obtenida al final del proceso, aunque sólo se consiga llegar a unos pocos.

En la categoría competencial relacionada con la **investigación pedagógica en promoción de salud**, se comprueba que el grupo de expertos ha ido reafirmando su opinión a lo largo de las tres rondas acerca de la relevancia que adquiere dicha categoría para el PEPSEE, otorgando además el mismo grado de importancia a las dos vertientes incluidas en ella—promoción de salud y docencia—. Tal vez este resultado viene determinado porque la investigación constituye por sí sola uno de los cuatro pilares básicos que sustenta la profesión enfermera (asistencia, administración, docencia e investigación), que permite avanzar en conocimientos y consolidar su estatus profesional en la sociedad. Además, concuerda con pensamientos de otros estudiosos como Varela et al. (2012), quien confirman la necesidad de generar una base de conocimiento científico enfermero en promoción de salud en la escuela y aplicar la evidencia procedente de dicha investigación de forma permanente y continuada. Y es que, desde el punto de vista sanitario, la integración de la investigación en la práctica enfermera no sólo garantiza una mejor y más rápida implantación de los avances, sino que consigue fomentar su autonomía y rol profesional, haciéndose patente en los equipos interdisciplinarios, y visible en la sociedad al adaptar los cuidados científicamente fundamentados a sus demandas (Varela et al., 2012). Por otro lado, desde el punto de vista pedagógico, la investigación del docente es una de las herramientas necesarias para el logro de la calidad educativa. Una tarea docente irreflexiva y sin búsqueda de mejoramiento continuo denota la falta de vinculación entre

la enseñanza y la investigación, dando por resultado en la mayoría de los casos actos de enseñanza no acompañados de actos de aprendizaje (Rodríguez, 2011). Un docente que investiga, que se actualiza, se hace preguntas y se evalúa a sí mismo, es un docente que aprende y a la vez es capaz de enseñar la realidad de forma crítica (Rossaro, 2015).

Desde esta perspectiva, se puede afirmar que el crecimiento y reconocimiento social del PEPSEE depende en gran parte de la investigación. A través de ésta no sólo obtiene una base científica fundamentada que facilita su labor en la consecución de objetivos de salud, sino que demuestra cómo su papel mediador en salud contribuye al bienestar de los alumnos y del resto de la comunidad educativa, justificando así su intervención dentro de dicho entorno. La capacidad investigativa como herramienta para la excelencia y el reconocimiento profesional de la acción pedagógica enfermera, también ha sido considerada en la fase de entrevistas.

Por otro lado, **la competencia digital e innovación pedagógica**, entendida ésta como la capacidad para explorar, para innovar, analizar y construir el conocimiento a través de la integración de nuevos recursos tecnológicos, ha quedado finalmente consolidada como categoría a tener en cuenta en el perfil del PEPSEE. A pesar de haber sido controvertida por los cambios y reformulaciones que ha requerido la mayoría de sus ítems —debido a la falta de consenso—, se deduce al final de la tercera ronda que dicha competencia debe ser prioridad para el profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar en el ejercicio de su rol docente con objeto de fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje en salud. Coincide este resultado con otros estudios donde se reafirma el impacto positivo de las TICs en las respectivas áreas de actuación en el ámbito educativo (pedagógica-tecnológica, comunicativa y de gestión): como fuente de información; canal de comunicación interpersonal y para el trabajo colaborativo; medio de expresión y creación; como instrumento cognitivo y de procesamiento de la información; instrumento para la gestión; y recurso interactivo para el aprendizaje a través de materiales multimedia (Marqués, 2000; Majó & Marquès, 2001; Prieto et al., 2011). Asimismo, la innovación y creatividad también ha sido aludida en la fase de entrevistas en cuanto a la utilización de recursos y técnicas didácticas que consigan motivar y llamar la atención del educando.

En la categoría competencial de **coordinación y liderazgo educativo**, la figura del líder enfermero ha aparecido con fuerza entre el grupo de expertos, consiguiendo, además,

un elevado nivel de consenso en la mayoría de los ítems planteados referidos al liderazgo indirecto. Poder impulsar mejoras en las condiciones de la enseñanza en salud, y participar de éstas. Crear condiciones que favorezcan el aprendizaje en salud y poder influir en la institución educativa en lo que respecta a la salud. Implicarse en el desarrollo de las políticas educativas del centro, así como en la planificación, coordinación y evaluación de la enseñanza y del currículum, especialmente en todo lo que respecta a la dimensión de salud; son algunas de las cuestiones más destacadas en lo que respecta a la capacidad de liderazgo.

Previamente, diversos organismos internacionales han reconocido el papel de líder enfermero en la escuela. Entre las siete áreas de responsabilidad propuestas por la NCHEC (2015)⁹³ se destaca la de administrar y gestionar la promoción de la salud, demostrando liderazgo en la implementación del plan estratégico, facilitando los cambios necesarios, reclutando personal y voluntarios, y liderando la participación y comunicación interpersonal. Asimismo, la NASN (2002) destacaba el papel de líder entre las siete funciones básicas que el profesional de enfermería cumple en la escuela para fomentar la salud infantil y adolescente, y el éxito educativo: como experto en cuidado de la salud dentro del sistema escolar, el enfermero se convierte en líder en el desarrollo y evaluación de políticas de salud escolar.

Desde la disciplina pedagógica, también son numerosos los autores que avalan la importancia del liderazgo educativo. Para Bernal & Ibarrola (2015), a través de dicho liderazgo, el docente se convierte en un guía con el que se cuenta para impulsar las mejoras de las condiciones de la enseñanza y el aprendizaje, y participar de ellas, así como del desarrollo profesional de sus pares. Para Bolívar (2010), los líderes contribuyen al aprendizaje de los alumnos indirectamente, a través de su influencia sobre otras personas o características de su organización. Según la OCDE (2012), el liderazgo educativo constituye uno de los factores que se relacionan de forma significativa con la calidad educativa (citado en Bernal & Ibarrola, 2015, p.56).

El liderazgo también ha sido señalado en las entrevistas como factor facilitador de la promoción de la salud, en cada una de las macrocategorías estudiadas. Liderazgo en la planificación y puesta en marcha de las intervenciones educativas; liderazgo para

⁹³ Areas of Responsibilities, Competencies, and Sub-competencies for the Health Education Specialists- 2015

establecer alianzas con la familia, comunidad y profesorado; y liderazgo y responsabilidad con su propia formación en promoción de salud.

CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN ENTREVISTAS

En los siguientes apartados se exponen los resultados y análisis de cada una de las dimensiones planteadas en la entrevista. Se muestra una síntesis de las ideas clave y se genera la discusión extraída de la interpretación de éstas, analizando también qué papel ocupa el profesional de enfermería.

La discusión de la entrevista se ha estructurado en tres partes que se corresponden con las dimensiones determinadas: planificación adecuada para la implementación de la promoción de salud en la escuela, alianzas estratégicas que se establecen entre el sector sanitario y educativo, así como el apoyo de la comunidad y familia, y la formación del profesional enfermero para llevar a cabo de forma efectiva la promoción de salud en la escuela.

Los hallazgos más importantes de cada una de las dimensiones se desglosan en función de las categorías de análisis determinadas en la fase de resultados. En la planificación adecuada se alude a aspectos relacionados con la organización, la implicación institucional, orientación normativa y realidad operativa de la promoción de salud en la escuela en la primera de las dimensiones. En la dimensión relacionada con las alianzas estratégicas se alude a la familia, la comunidad y el profesorado. Y en la dimensión de formación del profesional, se alude a las limitaciones y necesidades formativas del enfermero para llevar a cabo la promoción de salud en la escuela.

10.1. Planificación adecuada

En general se denota una **falta de planificación** para la implementación de la promoción de salud en la escuela, percibiéndose como algo improvisada, sin la preparación y coordinación necesaria. Si bien es cierto que las participantes se han referido a la buena disposición de los referentes territoriales en promoción de salud escolar, se distingue una carencia de recursos invertidos para hacerlo posible en el contexto real, tanto en tiempo, en material como en el personal requerido.

Estos hallazgos se corresponden con lo encontrado en la literatura científica. La falta de recursos —financieros, humanos, materiales y de infraestructura organizativa— estaba presente entre las grandes barreras detectadas en el Informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (WHO, 1997a; WHO, 1997b). A pesar de que la UE sigue apostando por la promoción de salud como parte importante de la estrategia de crecimiento y desarrollo hacia una “Europa 2020” (Reglamento UE núm. 282/2014), se constata desde la Comisión Europea en su último Informe “Invertir en salud” (2013) que únicamente alrededor del 3% de los gastos de salud actual en Europa se asigna a programas de salud y prevención pública,

deduciéndose así que la mayoría de los Estados miembros no tienen en cuenta en sus políticas los beneficios potenciales de estas intervenciones (European Commission, 2013). En lo que respecta al ámbito educativo, el presupuesto en España también es cuestionable, siendo uno de los países que menos invierte. En 2012, los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) dedicaron de media un 5,2% de su PIB a centros educativos; en España, este porcentaje fue del 4,3% y en Cataluña, aún menor, 2,91% (MECD, 2015; Eurostat, 2017).

Desde esta perspectiva, algunas de las participantes aluden a la voluntariedad de los profesionales para lograr las acciones promotoras de salud en la escuela, lo que sin duda supone un factor facilitador para la consecución de los objetivos educativos de salud; pero paradójicamente, también una limitación en su desarrollo, ya que parece que la asunción de esta responsabilidad acaba siendo un lastre para el desarrollo profesional dentro del propio centro de Atención Primaria, al no ser sustituidas mientras realizan su trabajo fuera del centro. Ante esta situación, autores como Hernández-Díaz et al. (2014) aluden a la necesidad de incorporar la promoción de salud en los contratos-programa dentro del sistema sanitario e incentivar su puesta en marcha, otorgando idéntico valor al que se da a otro tipo de actuaciones sanitarias clínico-asistenciales, ya que, en la realidad existe una manifiesta falta de apoyo y valoración de la práctica de la promoción y la EpS en el ámbito administrativo.

La **falta de continuidad** ha sido otro aspecto recurrente en lo que respecta a las intervenciones educativas. Por las respuestas de las participantes, se aprecia este elemento no sólo durante el curso escolar, sino también a lo largo del desarrollo evolutivo, destacando la falta de correlación de las intervenciones entre los diferentes cursos. Tampoco tienen la sensación de que se renueven los contenidos de salud y se da mayor relevancia a contenidos clásicos y troncales como matemáticas o ciencias, entre otras. Añadido esto a las dificultades contextuales, como es el caso del absentismo escolar, se podría deducir que la falta de continuidad constituye una clara barrera en el adecuado desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Estos hallazgos concuerdan con lo dirimido en el marco teórico, y es que en la actual ley vigente LOMCE (2013) no se apuesta por la actualización de los contenidos de salud con los que trabajar en el aula, de cara a hacerlos más actuales y significativos para el alumnado; especialmente en lo que se refiere al fortalecimiento de valores encaminados hacia una

ciudadanía igualitaria, justa y solidaria; cuyo déficit puede llegar a constituir un verdadero problema de salud pública. En lo que respecta al ámbito concreto de Cataluña, es cierto que la LEC (2009) fue pionera en dejar manifiesta la necesidad de abordar problemas de salud emergentes de la realidad social, como es el caso de la violencia de género y acoso escolar; y que el vigente currículum educativo de Cataluña (2015) se ha intentado adaptar a los cambios, añadiendo en los contenidos educativos aportes de promoción de la salud sobre conductas de riesgo presentes en la sociedad actual (bullying, uso de las tecnologías digitales, entre otros). Sin embargo, en lo que se refiere a su puesta en marcha, no ha habido cambios relevantes a lo largo de estos últimos años. Materias tradicionales como matemáticas o geografía han tenido más empuje en la educación que otros aspectos también importantes como el ambiente emocional y social (Palacio & Sáez, 2001), y la promoción de la salud se sigue proyectando de forma puntual en las áreas de conocimiento, lo que supondría una barrera para el conveniente desarrollo de los contenidos de salud, tal y como sugieren algunas de las participantes. A esto hay que sumarle, además, las dificultades contextuales con que pueden concurrir las intervenciones educativas (absentismo escolar, entre otras).

Desde esta perspectiva, las participantes concluyen que sería necesario introducir normativas específicas apostando por el surgimiento de una nueva materia de “promoción de salud” dentro de la escuela. Coinciden en este aspecto con autores referentes de la temática como A. García et al. (2000) quienes consideran que la salud en tanto que es *corpus* de conocimiento consolidado y en expansión, más que una materia transversal, debería ser abordada sistemáticamente, adaptada a los diversos niveles de desarrollo de los alumnos, como una materia específica y obligatoria dentro del currículum formativo escolar. Monsalve (2013) por su parte, afirma que la materia de EpS tendría que estar establecida de una manera explícita en el currículum escolar y no sólo tratarse de manera transversal. En este sentido, cabe añadir que las participantes no destierran dicha transversalidad, es decir, que los contenidos de salud, además de constituir una asignatura dentro del plan de estudios, también tendrían que estar presentes en el resto de las asignaturas. Asimismo, piensan que un enfermero podría ser responsable de esta asignatura, coincidiendo en este aspecto con autores como Encinar (2015), quien asevera que la educación para la salud en la escuela debe ser impartida por profesionales de enfermería por su formación holística.

En lo que respecta a la **programación y puesta en marcha de las intervenciones** educativas de salud se detecta una falta de coherencia entre los diferentes centros, puesto que en cada uno se lleva a cabo de forma diferente, lo que puede suponer una barrera para la promoción de salud en la escuela. No todas las participantes ofrecen las mismas intervenciones de promoción de la salud en los mismos ciclos, ni en el mismo número de centros escolares, ni se dispone de un calendario preciso de intervención. Las respuestas dejan entrever que se reconoce un interés general por comenzar la promoción de salud desde edades tempranas, pero tampoco se acaba llegando a un acuerdo único en todos los centros, sino que ha dependido de la voluntad de las enfermeras implicadas, que por iniciativa propia han promovido dichas intervenciones. En este sentido, parece que todas realizan su acción en segundo ciclo de ESO, ya que así estaría establecido en el PSiE, pero, algunas de ellas extienden su aportación al primer ciclo, e incluso a la etapa de Primaria.

Estos hallazgos estarían en la línea con lo aportado otros autores como Ariza & Continente (2014) que también apuntan a la descoordinación en la promoción de salud escolar, refiriéndose a la desigualdad territorial en la implementación del Programa (PSiE) que sólo abarca a dos cursos de la educación secundaria (3º y 4º de la ESO), disminuyendo considerablemente el porcentaje de participación en los últimos años. Dicho descenso persiste en el informe para el curso 2016-17, con un estancamiento además de las actividades preventivas realizadas (Ariza & Serral, 2018). De esto se deduce, una vez más, que la implicación del profesional de enfermería constituye una ventaja en el desarrollo de la promoción de salud en el ámbito educativo, y es que el compromiso del enfermero con la tarea educativa constituye también uno de los valores profesionales determinados en esta tesis.

En cuanto a la **tipología de las intervenciones**, se observa una necesidad de las participantes de sistematizar contenidos acordes a la problemática social actual y a las necesidades detectadas. Si bien es cierto que se trabaja con áreas temáticas clásicas predeterminadas (alimentación, ejercicio físico, tabaco, y sexualidad entre otros), otros contenidos más novedosos y de características sociales, parecen depender en gran medida, de la voluntariedad y capacitación de los profesionales implicados. Además, se detecta una cierta desconexión entre los contenidos escogidos por el profesor/tutor y los aportados por el profesional de enfermería; lo mismo ocurre con los contenidos que se

aportan entre los diferentes cursos, constituyendo una desigualdad para las edades más tempranas, al no estar incluidas de forma habitual en el PSiE. Asimismo, algunas de las informantes apuntan a la desvinculación entre las intervenciones realizadas a lo largo del año y lo que realmente demanda el alumnado. Esto sin duda, supone una barrera para la adquisición y mantenimiento de hábitos de salud, y, por tanto, también lo es para la implementación eficaz de la promoción de salud en este entorno. Este hallazgo concuerda además con autores como Monsalve (2013), que apunta a que las intervenciones de promoción de salud no se desarrollan igual en todos los centros educativos al no constituir una materia obligatoria. O con lo expuesto por Ariza & Continente (2014) que sugieren una falta de conexión entre las consultas realizadas por los alumnos en la escuela y las actividades que se llevan a cabo.

En lo que se refiere al proceso de **monitorización y evaluación de las intervenciones de salud** realizado en la escuela, en general la mayoría de las participantes considera que no supone una evaluación clara del cumplimiento de objetivos en lo que se refiere a la adquisición de nuevas conductas de salud o el mantenimiento de las mismas por parte del alumnado. Tampoco se lleva a cabo ninguna intervención de monitorización y seguimiento de la idoneidad y efectividad de las intervenciones que se van haciendo a lo largo del curso. Por tanto, la evaluación constituiría un reflejo del grado de satisfacción del alumnado y de los profesionales implicados, pero no se percibe como una predisposición real de cambio a partir de los resultados obtenidos. Esto contrasta con lo dirimido en la literatura científica donde la evaluación (de estructura, proceso y de resultados) se concibe como una fase elemental tanto para el diseño de cualquier programa de educación para la salud —ya que permite realizar las revisiones y los ajustes necesarios, revelando si el programa en cuestión funciona y cumple con los objetivos para los que fue diseñado— (Naranjo, 2006); como para el diseño curricular en el proceso de enseñanza-aprendizaje desde el punto de vista pedagógico —ya que constituye un medio de mejora continua y contribuye al éxito escolar del alumno— (Fernández, 2010).

10.2. Alianzas estratégicas

Las alianzas estratégicas que se establecen entre el sector sanitario y educativo, así como el apoyo de la comunidad y familia, han sido otros de los elementos abordados en la entrevista. En lo que se refiere **a las alianzas con la familia**, si bien es cierto que algunas participantes apuntan a la verdadera implicación de algunas familias con la promoción de salud en la escuela, la percepción general que se deduce de las respuestas de las informantes es que la participación familiar es baja. Además, las respuestas de las participantes aportan luz sobre las posibles barreras para la promoción de salud que esto supone.

Por un lado, destaca el propio contexto cultural y social en el que llevan a cabo su labor las enfermeras entrevistadas, con una alta población inmigrada: el horario laboral de los padres y otras cargas sociales y familiares, así como la barrera idiomática que dificulta, en muchos casos, que los padres alcancen a inquietarse por la promoción de salud. Otras veces, es la falta de sensibilización de la familia con esta temática y la percepción de que los problemas de salud se resuelven en el centro sanitario, lo que lleva a preocuparse únicamente cuando están instaurados. Es entonces cuando el profesional de enfermería parece hacerse más visible para la familia, ya que actúa como intermediario en el abordaje y gestión de dichos problemas. Se podría decir que la acción reactiva de enfermería es más valorada por la familia que la acción proactiva.

Por otro lado, se detecta que puede ser la propia escuela la que constituya en sí misma una barrera entre el profesional de enfermería y la familia para la promoción de salud. Por ejemplo, proponer un consentimiento informado a los padres para las acciones de promoción de salud llevadas a cabo por el profesional de enfermería, convierte dicha acción en algo antinatural para la familia, generando recelo ante la necesidad de llevar a cabo cualquier intervención. Esto, sin duda, se puede ver acompañado por el paradójico debate sociocultural sobre la edad adecuada y la necesidad educativa sobre determinados temas de salud relacionados con la sexualidad y afectividad, entre otros, que se da especialmente en determinados contextos educativos más conservadores y con un alto arraigo tradicionalista. Otras veces, la escuela trataría de minimizar determinados problemas de salud presentes (acoso, violencia escolar, embarazo no deseado, entre otros), bien por la aparente creencia de que éstos pueden poner en

entredicho la reputación de la calidad educativa y moral de dicha escuela, o bien porque no se percibe el verdadero alcance de las consecuencias de salud y sufrimiento que puede llegar a originar el problema. Todo ello constituye, sin duda, un lastre para la efectividad de la EpS en la escuela, y es que difícilmente se puede llegar a hacer prevención educativa de un problema de salud cuando la escuela no reconoce que existe, o la familia no participa de ello.

Esta dificultad sentida que tienen las informantes clave con respecto a las alianzas con la familia se aviene con lo dirimido en la revisión bibliográfica. Y es que, pese a la importancia irrefutable que tiene la familia para el éxito académico de un estudiante (UNESCO, 2004; Rivera & Milicic, 2006), y pese a que la familia constituye la primera fuente de socialización en lo que refiere a normas, valores, autocontrol, responsabilidad, desarrollo social, equilibrio emocional y autonomía (Bolívar, 2006; Romagnoli & Gallardo, 2008); sin embargo, son numerosos los autores que reconocen que en la sociedad actual hay una conocida desvinculación entre la familia y la escuela. Para Romagnoli & Gallardo (2008), esto se da por la tendencia a atribuir la responsabilidad al sistema formal de enseñanza: la escuela. A esto se añade que los padres no disponen del tiempo necesario para participar en los centros, ya sea por motivos familiares o laborales. Con excepción de algunos países, la legislación laboral no se adapta al derecho de participación de los padres. Para Walther (2013) es la indiferencia, la apatía y falta de interés que muestra un gran número de padres por tomar parte en la vida de la escuela, el mayor impedimento para la participación. Otras veces se detecta la participación diferencial de los padres en función de la etnia, el origen social y la situación económica, siendo común una menor implicación de los padres entre los colectivos más desfavorecidos (citado en Egido, 2014, p.49). Si además a esto se le añade la obstaculización generada por la propia escuela, sin duda la promoción de la salud puede verse más entorpecida. Es entonces, cuando adquiere un especial valor el profesional de enfermería como generador de alianzas estratégicas entre ambos actores educativos, como clave para una pedagogía efectiva y el logro de una mayor calidad de la educación en salud.

En esta misma línea, las respuestas de las participantes tampoco dejan margen para la duda en lo que respecta a la importancia de la presencia del profesional de enfermería como figura de enlace generador de **alianzas estratégicas con la comunidad**. Las

informantes han aludido especialmente a la importancia del profesional de enfermería como eje central en el abordaje de determinados problemas surgidos durante el curso escolar, tanto si el problema es detectado en la consulta de pediatría, por los padres, o bien desde el centro escolar requiriendo un seguimiento especializado. En cualquier caso, el profesional de enfermería constituye también la figura de enlace facilitadora para el abordaje y gestión de atención interdisciplinar entre los diferentes agentes implicados. No obstante, esto que en sí mismo supone un alivio para el equipo docente que en determinadas situaciones de salud se ven desbordados y carentes de estrategias constituye un conflicto más para la actuación enfermera, puesto que, la mayoría de las veces, el abordaje de estas problemáticas se está llevando a cabo fuera de su horario laboral y bajo condiciones desfavorables. Otras veces, esta problemática no llega desde la propia escuela, sino de otras fuentes de la comunidad (Mossos d'Esquadra, entre otros), lo que suscribe la descoordinación sentida entre los diferentes sectores. A esto hay que añadirle la falta de abordaje continuado en cuanto a las sesiones educativas impartidas y la desconexión entre unos y otros a la hora de impartirlas. Estos hallazgos coinciden en parte con los expuesto por otros autores como Juvinyà (2008) quien sugiere que en el PSiE —que tenía por objeto crear relaciones entre el personal sanitario, técnicos municipales y comarcales y los propios responsables del programa— no ha habido delegaciones territoriales responsables del mismo que coordinen las actividades en las escuelas de su demarcación, y la colaboración entre los departamentos de Enseñanza y Sanidad no ha sido sistemática.

Por otro lado, las participantes tampoco perciben que su trabajo como intermediarias y nexos unificadores sea reconocido profesionalmente, sino todo lo contrario. Algunas de ellas manifiestan haberse sentido desorientadas ante determinadas problemáticas surgidas, e incluso han podido ver perjudicados los objetivos asistenciales requeridos dentro del centro sanitario. Desde el enfoque de escuela promotora de salud se evidencia como valor fundamental y estratégico la colaboración activa de toda la comunidad educativa, constituyéndose el enfermero como un agente de fortalecimiento del capital social y la alfabetización en salud (SHE, 2013). Sin embargo, estos resultados muestran las dificultades estructurales y contextuales con las que se han ido encontrando los profesionales de enfermería para realizar su labor, lo que se traduce en una barrera para su implicación en la promoción de salud en la escuela, que a la vez se convierte en lastre añadido a la carga asistencial de base que ya tiene en el centro

sanitario. Por tanto, una vez más la voluntad y el compromiso con la educación del profesional de enfermería se alza como fortaleza de la promoción de salud en la escuela en lo que respecta al establecimiento de alianzas estratégicas, pero a la vez constituye una barrera difícil de solventar cuando otros aspectos están presentes (presión asistencial, falta de recursos, falta de reconocimiento, sensación de soledad en la acción, descoordinación entre los diferentes agentes implicados).

Por otro lado, de las respuestas de las participantes se deduce que la acción promotora de salud en la escuela depende en gran parte de las **alianzas con el profesorado**, del grado de confianza adquirido con el tutor-profesor en cuestión. Dicha relación puede llegar a favorecer la intervención enfermera o bien percibirse como una incursión sin sentido en la apretada agenda de trabajo del tutor. Así, se deduce que la capacidad del enfermero para establecer un vínculo con el profesor y con el alumnado es de gran importancia para el desarrollo de las intervenciones de promoción de salud. Además, todas las participantes apuntan a la importancia que tiene la integración del profesional en el claustro para el desarrollo eficaz de la promoción de salud, lo que concuerda con lo dirimido por otros autores. Rojo et al. (2004) concluyen que es obligado plantearse la integración del profesional de enfermería en el organigrama escolar. No basta con educar a grupos puntuales, sino que esa educación debería trasladarse a todo el ámbito escolar. También se lamentan de que en los nuevos planes educativos se haya incorporado a psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales a los centros escolares, pero no a personal sanitario, cuya presencia no debería ser esporádica, sino constante y continuada, como un miembro más del equipo docente.

Si bien es cierto que una de las participantes ya se siente integrada en el claustro, esto no conlleva que su labor sea percibida como una acción pedagógica equivalente a la que podría realizar el profesor-tutor del alumno, sino más bien la mayoría de ellas considera que su labor es entendida como un soporte educativo externo ante determinados problemas surgidos. Es decir, una vez más, se sienten más valoradas por su intervención reactiva que proactiva. Esto sin duda, supone una barrera al reconocimiento del verdadero rol docente del enfermero dentro de la escuela, y a su vez supone también una interferencia en la asignación de la promoción de salud en el plan de estudios, puesto que, si dicho rol no se percibe como valioso desde el punto de vista

pedagógico, se merman también las posibilidades de su implementación obligatoria en la normativa educativa.

10.3. Formación del profesional

En lo que respecta a la formación del enfermero/a para llevar a cabo de forma efectiva la promoción de salud en la escuela, las participantes se muestran escépticas surgiendo diversas **limitaciones**. La mayoría piensa que la formación que tienen en promoción de salud en la escuela no ha sido aportada desde la formación pregrado en la universidad —la cual ha estado más enfocada hacia el área medicoquirúrgica y asistencial que al área educacional—, ni a través de la formación continuada —percibida como escasa y de corte más teórico sobre temas comunes—; sino que la han ido adquiriendo a través de su experiencia profesional o bien por voluntad y compromiso propio.

Estos hallazgos armonizan con lo extraído en el marco teórico, y es que, muchos de los profesionales en activo que actúan como agentes promotores de salud, no han recibido formación básica en esta materia, y mucho menos sobre su puesta en marcha en el ámbito escolar, lo que supone una barrera más para la intervención educativa de salud en dicho entorno. Las investigaciones realizadas han determinado la ausencia o escasez de la formación de pregrado en estos temas, así como la escasa formación de postgrado que la palie (Gutiérrez et al., 2003). Ejemplo de ello es el informe “SESPAS 2000” —en el cual se analizaron más de un centenar de planes de estudios en la educación universitaria española—, que puso de manifiesto que la promoción y educación para la salud tenía una importancia curricular muy limitada y bastante deficiente en las titulaciones de ciencias de la salud (Aibar, 2007; Ruano-Casado & Ballestar-Tarín, 2015). En la misma línea, un informe publicado por el Consejo Interterritorial del SNS (2003) revelaba que la materia de promoción y educación para la salud no aparecía en ninguna de las titulaciones del Ministerio de Educación de la formación pregrado como asignatura troncal o descriptor. Tampoco se encontraron recomendaciones para la oferta optativa que incluyesen los objetivos y contenidos en promoción y educación para la salud. Asimismo, han coexistido pocos planes de formación continuada a medio-largo plazo, los cuales han sido ofertados para una gran diversidad de profesionales con programas que incluían contenidos teóricos más que

prácticos, objetivos cognitivos y metodologías expositivas, así como un número de horas considerado frecuentemente escaso como para alcanzar objetivos de capacitación, y criterios y sistemas de acreditación que no contemplaban las necesidades de la promoción de salud (Gutiérrez, 2003).

En 2008, el informe de diagnóstico de situación sobre avances conseguidos en promoción y EpS en España, seguía evidenciando la falta de formación específica además de una falta de motivación y sobrecarga de actividades por parte de todos los profesionales involucrados (Salvador, 2008). Actualmente, si bien es cierto que la promoción de la salud es cada vez más un tema de amplio abordaje y reconocimiento en la educación superior, no se advierte un horizonte clarificador a la vista de los hallazgos realizados. Morín (2014) pone de manifiesto la necesidad de potenciar la formación en promoción y educación para la salud en estudiantes de enfermería; Ruano-Casado & Ballestar-Tarín (2015) concluyen en su investigación que la formación en promoción y educación para la salud, apenas se contempla en las competencias generales y específicas de los planes de estudio.

En lo que se refiere a las **necesidades formativas**, las informantes sugieren la importancia para el profesional de enfermería de adquirir ciertas destrezas y habilidades e implementar nuevos métodos abordando temas de interés, que permitan desarrollar el potencial del educando e implicarlo en el cuidado de su salud a través de un aprendizaje significativo. A lo largo de la entrevista se percibe que la mayoría de las participantes se sienten satisfechas con la labor realizada en el espacio de “consulta abierta”, donde se realizan intervenciones educativas individualizadas y que además son de interés personal para el alumnado que asiste. No obstante, en lo que se refiere a las sesiones formativas en el aula, las participantes se han mostrado menos positivas, percibiendo una falta de implicación del alumnado. Si bien es cierto que reconocen que el enfoque informativo de las sesiones puede ser beneficioso y dar a conocer al profesional de enfermería en el centro escolar, se alude también a una falta de estrategias para motivar al alumno en la responsabilización de su salud, o bien una falta de interés por parte del alumnado en las temáticas impartidas.

Estos hallazgos armonizan con la bibliografía revisada. Y es que, a pesar de que se va avanzando en la incorporación de teorías del aprendizaje, en pedagogía activa y relación de ayuda en la práctica de la promoción y educación para la salud; predominan

todavía en el sistema sanitario las actuaciones grupales basadas únicamente en la transmisión de información, lo que se conoce como las “charlas”, alzándose los profesionales como expertos y los educandos como receptores pasivos (Hernández-Díaz et al., 2014). Según estos mismos autores existe un déficit en el conocimiento de los modelos teóricos y prácticos de la promoción de salud y en competencias para el diseño e implementación de metodología participativa, y además se sigue priorizando en el enfoque individual y asistencial frente a enfoques grupales y de promoción de salud, lo que a su vez explicaría la opinión de las informantes de que el profesional de enfermería en la escuela se siente más cómodo en el espacio individualizado de la “consulta abierta”.

Desde esta perspectiva, diversos autores coinciden con la opinión de las informantes en que es necesario una formación que permita al profesional de enfermería aplicar una metodología adecuada para la promoción de salud en la escuela, que incorpore técnicas de aprendizaje activo, que promueva el desarrollo de habilidades en salud y que refuerce los valores individuales y comunitarios en este aspecto. Para Hernández-Díaz et al., (2014) cabe plantearse estrategias de formación de grado, posgrado y formación continuada centradas en la práctica, que motiven y capaciten a los profesionales de la salud. En lugar de planificar para «enseñar» y exponer unos contenidos, han de hacerlo para diseñar y provocar experiencias de aprendizaje mediante técnicas participativas; y facilitar, motivar y orientar para que los educandos construyan un aprendizaje significativo.

En este proceso de enseñanza-aprendizaje, el grupo de informantes también ha aludido a la necesidad de desarrollar otras capacidades específicas susceptibles de formación que desde el punto de vista pedagógico optimizarían la efectividad de la promoción de salud en la escuela, tales como el trabajo en equipo, habilidades comunicativas e investigativas. Similar importancia se le ha otorgado a la implicación y predisposición del profesional de enfermería para llevar a cabo la acción educativa. Estos elementos también han sido abordados en la fase Delphi como competencias imprescindibles para el PEPSEE, y concuerda con estudios previos en los que se reconoce la necesidad de una formación en educación para la salud dirigida hacia un modelo facilitador, que se aleje de actitudes prescriptivas, y que permita crear contextos de enseñanza-

aprendizaje participativos, basados en la escucha, el diálogo y la negociación. Esto sin duda, exige un cambio de rol y actitud profesional (Hernández-Díaz et al., 2014).

PARTE VI. CONCLUSIONES

CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION

En este capítulo se presentan las conclusiones de la tesis. Se ha estructurado en función de los dos objetivos generales. También se redacta un apartado de limitaciones de la investigación, así como las aportaciones realizadas y futuras líneas de estudio.

Esta investigación ha tenido como propósito identificar y analizar aquellos rasgos esenciales que pueden definir al profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE), así como las competencias pedagógicas que éste debe desarrollar. Paralelamente se ha buscado conocer cuáles son los factores facilitadores y barreras para la promoción de salud en la escuela en el contexto real catalán y en qué medida el PEPSEE puede impulsar mejoras a la situación actual. Para ello se determinaron dos objetivos generales de los cuales se desprendían diversos objetivos específicos.

Se presentan, a continuación, las conclusiones asociadas a estos objetivos.

11.1. Conclusiones para el primer objetivo general

El primer objetivo general que se planteaba es establecer el perfil competencial del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE). Como objetivos específicos se concretaba:

- Definir al profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar.
- Identificar y generar un mapa de competencias pedagógicas a través del consenso de expertos.
- Diseñar propuesta formativa para la adquisición de dichas competencias.

Los resultados expuestos permiten alcanzar este primer objetivo. Por un lado, se han podido determinar diferentes rasgos definitorios del PEPSEE, a través de los cuales se ha extraído una definición fundamentada de este profesional, resolviendo de este modo el primero de los objetivos específicos. Por otro lado, se ha generado un mapa de competencias pedagógicas estructurado en nueve categorías resolviendo con ello el segundo objetivo específico. Por último, se ha elaborado un programa formativo (en el duodécimo capítulo) para la adquisición de dichas competencias, el cual permite al participante comprender los conceptos y características elementales sobre la promoción de salud en la escuela y la didáctica de la salud, adquirir las habilidades para llevar a cabo de forma efectiva la promoción de salud en el entorno escolar y desarrollar una

actitud y valores positivos respecto de la acción pedagógica para la promoción de salud en la escuela.

11.1.1. Definición del PEPSEE

En lo que respecta a la definición del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar se alcanzan las siguientes conclusiones:

- Se concibe como guía y mediador pedagógico de salud, es decir, transmisor de conocimientos y facilitador de las condiciones y medios necesarios con objeto de convertir al alumno en el máximo responsable y protagonista de la gestión de su propia salud.
- Posee, además del propio saber enfermero, la capacitación y las herramientas pedagógicas necesarias que permiten reafirmar y construir los conocimientos, los valores y actitudes positivas de la salud de los alumnos, buscando el aprendizaje y no sólo la transmisión de información. Se podría decir que en el perfil del PEPSEE se busca la transdisciplinariedad, la fusión de ambas disciplinas –enfermería y pedagogía–, con objeto de construir un único campo de saber. Un profesional de enfermería con conocimientos y habilidades pedagógicas específicas que permitan desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje eficaces en la escuela.
- Adquiere el compromiso de educar y desarrolla una sensibilidad docente y unos valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera; se concibe como parte del proceso de autorrealización mutua entre educador y educando.
- Entiende al educando desde una perspectiva integral, forjando un proceso de enseñanza-aprendizaje que permita el completo desarrollo de la persona en todas sus dimensiones, tratando de aportar conocimientos, actitudes y habilidades para la toma de decisiones que contribuyan a la vida saludable individual y comunitaria a lo largo de toda la escolarización.
- No se alcanza el equilibrio para la definición del PEPSEE en lo que respecta integración del profesional de enfermería en el centro escolar. Probablemente se

requerirían de más iteraciones e incluso de una muestra de participantes más amplia para tomar esta decisión.

En definitiva, recogiendo los elementos más significativos, se extrae la siguiente definición del PEPSEE (Tabla 85).

Tabla 85. Definición del PEPSEE. Elaboración propia.

Guía y mediador activo en un proceso de enseñanza-aprendizaje intencionado de salud; con capacitación pedagógica específica, comprometido y sensibilizado con la enseñanza; capaz de fomentar la participación y estimular la iniciativa del individuo para que construya su propio conocimiento y desarrolle su máximo potencial, acompañándolo en la toma de decisiones positivas de salud a lo largo de toda la escolarización.

11.1.2. Competencias pedagógicas del PEPSEE

En lo que respecta a las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar se alcanzan las siguientes conclusiones:

- Además de una buena formación teórica-práctica en lo que respecta al contenido de la materia a impartir, es imprescindible poseer **un conocimiento específico** del contexto escolar y su estructura, currículum educativo, alumnado y resto de la comunidad; así como de las teorías pedagógicas de aprendizaje y metodologías de enseñanza para cada etapa educativa.

El conocimiento que caracteriza al PEPSEE no es aquel que tiene cualquier enfermero por el hecho de tener un saber avanzado en salud, sino por desarrollar además un conocimiento especial para la enseñanza. Es decir, hay una diferencia entre el saber propio en salud (que éste es inherente a la disciplina enfermera) y el conocimiento que se requiere para la enseñanza de la salud. Comprender lo que conlleva dicho conocimiento es, sin duda, el primer paso para que la labor educativa del profesional de enfermería en su rol educador pueda llegar a ser más significativa, logrando además un reconocimiento social en la escuela y en la comunidad.

- Se ha determinado como necesaria la **colaboración activa con otros profesionales** y estamentos dentro y fuera de la escuela, creando redes y alianzas en todos los aspectos que favorezcan y promuevan el proceso de enseñanza-aprendizaje en salud. Esto permite mejorar la acción pedagógica y proporcionar una educación en salud más completa.

En este sentido, ha adquirido relevancia también la disposición de repertorios de conducta adecuados para enfrentarse a las diferentes situaciones que puedan darse, desarrollando **habilidades y comportamientos sociales** que permitan establecer una mejor relación y comunicación con el equipo y el resto de la comunidad educativa. Este proceso de interrelación no sólo constituye la base del cuidado enfermero, sino también un elemento clave como mecanismo, y a la vez consecuencia imprescindible de la interacción que se produce entre educador-educando-entorno. A través de la relación interpersonal que se establece es posible dar respuestas y guiar al alumno en la gestión de sus potencialidades; es posible llevar a cabo acciones y contextualizar las intervenciones, dirigidas a aumentar los conocimientos, las capacidades y habilidades en salud, tanto individuales como de la comunidad.

- El desarrollo de **habilidades de mediación pedagógica de salud** ha sido una de las categorías competenciales determinantes para este estudio. Incluye la habilidad para organizar y secuenciar las acciones didácticas y escoger métodos de enseñanza adecuados, que doten de significancia a la acción formativa y que permitan alcanzar los objetivos educativos de salud; utilizar recursos didácticos apropiados al contexto de aprendizaje teniendo en cuenta los conocimientos previos, así como las necesidades y preferencias de los educandos y diseñar procedimientos flexibles en base a estas necesidades; y desarrollar una capacidad evaluativa como parte constitutiva del proceso de enseñanza-aprendizaje y como medio de mejora permanente de éste.
- La acción discursiva y todos los aspectos lingüísticos y no lingüísticos que la acompañan, así como las habilidades sociales comunicativas (empatía, escucha activa, asertividad, flexibilidad, entre otras), adquieren especial interés para el PEPSEE. Se concluye una clara necesidad para el PEPSEE de encontrar un **estilo eficaz para comunicarse** y utilizar las estrategias que mejor se adecúen

al contexto y participantes, estableciendo un vínculo comunicativo con el educando que facilite el proceso de enseñanza-aprendizaje de salud.

- Es imprescindible el desarrollo de una **actitud pedagógica constructiva y abierta** que permita al PEPSEE establecer una relación de confianza, ayuda y respeto, y que lo reafirme como profesional competente para asumir el rol docente y guiar en la construcción de conocimiento en el entorno escolar: tolerancia, disposición al aprendizaje permanente, actitud positiva y proactiva de ayuda, han sido los elementos más destacados.
- El compromiso con la docencia, la motivación personal por ejercer dicho rol y la responsabilidad profesional que permite desarrollarlo de manera óptima, son los **valores profesionales inherentes a la dimensión ética** que deben destacar. Desarrollar estos valores implica un buen uso de las competencias profesionales, que es lo que realmente puede dotar de sentido al quehacer profesional de la figura del PEPSEE. Se trata de llegar a reconocer las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa y de la acción pedagógica, de tal forma que el objetivo último para el enfermero no sea únicamente el cuidado de la salud de los pacientes, sino la formación de los educandos en lo que concierne al mantenimiento de la misma. De esta manera, al tomar consciencia de su labor profesional como educador, comprometerse y responsabilizarse de sus actuaciones en la escuela, puede llegar a ser reconocido y aceptado por la sociedad.
- Adquirir una **base de conocimiento científico**, tanto en promoción de salud como en docencia, constituye un elemento sustancial para el PEPSEE en el sentido de mejorar su conocimiento, así como para validar su práctica profesional. Esto le permite demostrar su rol docente, asociado directamente a unos conocimientos en promoción de salud fundamentados que facilitan su labor en la consecución de objetivos de salud, a la vez que garantiza su reconocimiento profesional.
- La **competencia digital e innovación pedagógica** se consolida como prioridad para el PEPSEE en el ejercicio de su rol docente con objeto de fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje en salud. Se traduce en la capacidad para

innovar en la búsqueda de recursos pedagógicos, procesos, estrategias de aprendizaje y lenguajes que permitan desempeñar la educación diferente desde un punto de vista pedagógico y social, además de tecnológico.

- Por último, el PEPSEE debe de desarrollar una **capacidad de liderazgo** (directo e indirecto). Esto implica un control y capacidad de acción, tanto en el aula como fuera de ésta. Ahora bien, debe ejercer este liderazgo de forma que legitime no sólo su papel enfermero, sino también su autoridad pedagógica a partir de un ambiente de trabajo de cordialidad y confianza, sin imposiciones, adoptando una perspectiva dialógica que facilite el intercambio. Este liderazgo pedagógico debe impulsar el desarrollo tanto de los alumnos, como de la comunidad educativa, como de él mismo, convirtiéndose en el promotor primordial para la actividad formativa en salud de la escuela.

En definitiva, el PEPSEE es un profesional capaz de ver y tratar la realidad desde diferentes perspectivas (educativa y sanitaria), pero sin perder su propia naturaleza. Podría ser un enfermero generalista, o bien pediátrico, escolar o comunitario, siempre que sea capaz de desarrollar unas competencias pedagógicas que combinen “el saber”, “el querer” y “el poder”, que le otorguen una identidad propia, así como un reconocimiento social y profesional por su acción promotora de salud.

11.2. Conclusiones para el segundo objetivo general

Como segundo objetivo general se planteó descubrir qué factores favorecen o condicionan una promoción de salud efectiva en la escuela dentro del contexto catalán.

Y como objetivos específicos:

- Reflexionar acerca de elementos facilitadores y barreras en la educación para la salud escolar (EpSE).
- Analizar el valor que puede aportar el profesional de enfermería con competencias pedagógicas específicas.
- Proponer alternativas de mejora de la situación actual, tomando como base a dicho profesional.

Los resultados demuestran que este segundo objetivo general también ha podido ser alcanzado. Por un lado, se han evidenciado los factores facilitadores y barreras para la promoción de salud en la escuela en el contexto catalán. Por otra parte, se ha reflexionado acerca del papel que ocupa el profesional de enfermería y de qué manera se pueden impulsar mejoras en la situación actual tomando como base la figura del PEPSEE.

11.2.1. Barreras y fortalezas detectadas

Las barreras y fortalezas presentadas a continuación se erigen en torno a los indicadores de éxito de la promoción de salud en la escuela evidenciados en esta tesis. Por un lado, están relacionadas con la planificación adecuada para la implementación de la promoción de salud en la escuela. Por otro lado, hacen referencia a las alianzas estratégicas entre el sector sanitario y educativo, así como el apoyo de la comunidad y la familia. Por último, hacen referencia a la formación y capacitación del profesional de enfermería.

En lo que respecta a la planificación adecuada para la implementación de la promoción de salud en la escuela se alcanzan las siguientes conclusiones:

- Se denota en general una falta de planificación en lo que respecta a la realidad operativa, percibiéndose como algo improvisada, sin la preparación y coordinación necesaria. Se percibe desconexión entre los contenidos que ofrece el tutor y los que ofrece el profesional de enfermería, existiendo desigualdades en las intervenciones ofertadas entre los diferentes cursos y territorios, sobre todo para las edades más tempranas, al no estar incluidas de forma habitual en el PSiE. En contraposición a esto, se distingue un compromiso adquirido del profesional de enfermería que por iniciativa propia promueve intervenciones educativas en la escuela.
- Se percibe falta de sistematización en la oferta de contenidos, existiendo una clara tendencia hacia las áreas temáticas clásicas relacionadas con la dimensión física (alimentación, ejercicio físico, tabaquismo, entre otros), quedando los contenidos de índole más social y emocional (violencia de género, relaciones familiares, acoso escolar, entre otros) relegados a la voluntariedad y

capacitación de los profesionales implicados y al espacio de “consulta abierta”. No obstante, dicho espacio se percibe como necesario por la posibilidad de abordaje individualizado sobre determinados problemas de salud. Igualmente, existe predisposición del profesional de enfermería para el abordaje de temas de interés emergentes y de otros problemas y necesidades que puedan surgir.

- Se considera que el proceso de evaluación está más dirigido a conocer el grado de satisfacción de los participantes de la intervención educativa que a conocer el cumplimiento de objetivos en lo que respecta adquisición de nuevas conductas de salud o el mantenimiento de las mismas. No se percibe como una predisposición real de cambio a partir de los resultados obtenidos. Tampoco se suelen llevar a cabo actividades de monitorización y seguimiento de la idoneidad y efectividad de las intervenciones que se van haciendo a lo largo del curso.
- Se percibe una falta de continuidad en lo que respecta a las intervenciones educativas, no sólo durante el curso escolar, sino también a lo largo del desarrollo evolutivo. Tampoco se tiene la sensación de que se renueven los contenidos de salud. La legislación educativa vigente prioriza los objetivos relacionados con materias troncales como matemáticas y ciencias, quedando cada vez más relegada la promoción de salud dentro del currículum educativo. Asimismo, concurren dificultades contextuales como el absentismo escolar que empeoran la situación. En este sentido, los profesionales de enfermería se muestran favorables a la incorporación de normativas específicas apostando por el surgimiento de una nueva materia de «promoción de salud», responsabilizándose de ésta.
- Se percibe buena disposición de los referentes institucionales, pero se distingue una carencia de recursos invertidos para sistematizar las intervenciones de salud en el contexto real, tanto en tiempo, en material como en el personal requerido.
- Se percibe una falta de reconocimiento por la intervención comunitaria y mayor priorización por el trabajo asistencial desde el ámbito sanitario, ensombreciendo con ello la acción educadora del profesional enfermero. Asimismo, la asunción de la responsabilidad que acarrea la promoción de salud en la escuela acaba

constituyendo un lastre para el desarrollo profesional enfermero dentro del centro de Atención Primaria donde realizan su actividad principal, especialmente por la dificultad en la consecución de objetivos y desbordamiento de su propia consulta, lo que hace mermar la predisposición del enfermero/a para participar de ello. A pesar de ello, se aprecia una voluntariedad de los profesionales para lograr las acciones promotoras de salud en la escuela, que sin duda se convierte en el factor facilitador más importante.

En lo que respecta a las alianzas estratégicas entre el sector sanitario y educativo, así como el apoyo de la comunidad y la familia, se alcanzan las siguientes conclusiones:

- Se percibe una baja implicación y participación de la familia motivada por el contexto social, cultural y laboral (cargas sociales, familiares, horario laboral, situación económica, barrera idiomática, falta de sensibilización y de interés por la temática, percepción de que los problemas de salud se resuelven en el centro sanitario y atribución de la responsabilidad educativa a la escuela), lo que lleva a preocuparse cuando el problema está ya instaurado por lo que la acción reactiva del enfermero es más valorada por la familia que la acción proactiva. Otras barreras percibidas son las autoimpuestas por el propio centro educativo cuando no reconoce que existe un problema ante la creencia de proteger la reputación de la escuela, o bien cuando no reconoce la necesidad educativa sobre determinados temas relacionados con la sexualidad y afectividad por su arraigo conservador y tradicionalista. En contraposición a esto, se distingue como fortaleza y motor la satisfacción personal del profesional de enfermería obtenida al final del proceso, aunque sólo se consiga llegar a una parte del alumnado y/o de la comunidad educativa.
- Se denota una descoordinación entre los diferentes sectores de la comunidad que participan de la promoción de salud en la escuela y desconexión de las intervenciones educativas ofrecidas por los diferentes agentes, administraciones y organismos implicados. Como fortaleza surge la figura del profesional de enfermería como intermediario en el abordaje y gestión de problemas de salud y conflictos surgidos en la escuela, adquiriendo un especial valor como generador de alianzas estratégicas entre el ámbito de salud, comunitario y educativo, especialmente en el espacio de «consulta abierta». Sin embargo, esto

va acompañado de una percepción de falta de reconocimiento a esta labor, habiéndose de gestionar muchas veces fuera del horario laboral y en condiciones desfavorables, lo que genera un sentimiento de desprotección y desorientación, así como de sobresaturación del profesional, que va en detrimento del cumplimiento de otros objetivos asistenciales requeridos dentro del centro sanitario.

- Tampoco se reconoce su rol docente desde el punto de vista pedagógico; su acción educativa se concibe meramente como un apoyo externo ante determinados problemas surgidos, valorándose más su acción reactiva que proactiva. Asimismo, se percibe un frugal sentimiento de pertenencia desde el ámbito educativo hacia el cumplimiento de los objetivos de salud, relegando esta responsabilidad al sistema sanitario. En contraposición a esto, cuando el profesional de enfermería logra ser acogido y establecer una relación de confianza con el profesor-tutor —que se gana con los actos realizados y el tiempo invertido en la escuela— queda fortalecida la efectividad de las intervenciones de promoción de salud. Por ello, se percibe como necesaria la incorporación e integración en el organigrama escolar.

En cuanto a la formación y capacitación del profesional de enfermería se alcanzan las siguientes conclusiones:

- La formación específica en promoción de salud se percibe como escasa y en su mayor parte se ha adquirido a través del compromiso y experiencia profesional. La formación pregrado ha estado más enfocada hacia el área medicoquirúrgica y asistencial que al área educacional y la formación continuada ha sido de corte eminentemente teórico sobre temas comunes. Se denota una falta de habilidades pedagógicas, capacidad investigativa, estrategias comunicativas y métodos que permitan desarrollar el potencial del educando e implicarlo en el cuidado de su salud a través de un aprendizaje significativo. Como fortaleza se destaca precisamente esta responsabilización con su propia formación para ofrecer acciones de calidad. Asimismo, el profesional de enfermería ya tiene una formación y experiencia en salud inherente a su profesión que le otorgan una ventaja para la implementación de la promoción de salud.

- Se percibe un enfoque principalmente informativo de las sesiones y la falta de estrategias y/o temáticas que respondan a los intereses del alumnado y lo motiven en la responsabilización de su salud, que degenera en una falta de implicación por parte de éste. Como fortaleza, en cambio, se valora positivamente la efectividad de las intervenciones educativas individualizadas en el espacio de “consulta abierta”, que además son de interés personal para el alumnado que asiste.

Se presenta a continuación una tabla-resumen (Tabla 86) de estas barreras y fortalezas:

Tabla 86. Barreras y fortalezas detectadas para la implementación de la promoción de salud en el entorno escolar en Cataluña. Elaboración propia.

	Barreras	Fortalezas
Planificación adecuada	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de recursos e inversión insuficiente. - Desigualdades territoriales y dentro del propio centro. - Falta de sistematización en la oferta de contenidos. - Falta de continuidad en las intervenciones educativas de salud. - Evaluación y monitorización dirigida al conocimiento del grado de satisfacción más que a la consecución de objetivos de salud y cambios de conducta. - Falta de reconocimiento por la intervención comunitaria y mayor priorización por el trabajo asistencial, dejando en segundo plano el comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición institucional y de los referentes territoriales. - Voluntariedad y compromiso adquirido del profesional de enfermería con la escuela, y adaptabilidad ante necesidades emergentes. - Predisposición del profesional de enfermería a la implementación y responsabilización de una nueva asignatura de «promoción de salud». - Reconocimiento de los beneficios de la promoción de salud de manera individualizada en el espacio de «consulta abierta».
Alianzas estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> - Baja implicación y participación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción personal del profesional de enfermería obtenida al final del proceso, como motor.

	<ul style="list-style-type: none"> - Descoordinación entre los diferentes sectores comunitarios. - Barreras autoimpuestas por el centro educativo. - Falta de reconocimiento de su rol docente desde el punto de vista pedagógico. - Frugal sentimiento de pertenencia desde el ámbito educativo hacia el cumplimiento de los objetivos de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Profesional de enfermería como intermediario en el abordaje y gestión de problemas de salud en la escuela adquiriendo un especial valor como generador de alianzas estratégicas entre el ámbito de salud, comunitario y educativo. - Valía de la relación de confianza establecida entre profesional de enfermería y profesor-tutor como clave para una pedagogía de salud efectiva. - Predisposición favorable del profesional de enfermería a su la incorporación e integración en el organigrama escolar.
Formación del profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa formación específica, formación pregrado enfocada al área medicoquirúrgica y asistencial, formación continuada de corte teórico. - Falta de habilidades pedagógicas, capacidad investigativa, estrategias comunicativas y métodos de promoción de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - La formación y experiencia en salud inherente a su profesión enfermera. - Responsabilidad con su propia formación para desarrollar intervenciones educativas en la escuela. - Efectividad de las intervenciones educativas individualizadas en el espacio de "consulta abierta".

11.2.2. *Propuestas de mejora*

En base a estas barreras y fortalezas se presentan, a continuación, las siguientes propuestas de mejora:

- Se hace necesario analizar profundamente el alcance de las intervenciones de promoción de salud en la escuela en materia de salud pública y el enfoque de la financiación en este ámbito, ya que la sensación de recursos es tremendamente baja. Es imprescindible un mayor reconocimiento de la acción comunitaria en la

escuela, tanto desde el ámbito educativo como sanitario, así como medidas ejemplares para alentar a la participación efectiva de los profesionales de enfermería en el proceso. Debería reconsiderarse la promoción y educación para la salud en la escuela como prioridad real de las políticas educativas y sanitarias, ya que, tal y como se ha comprobado a lo largo de la investigación, puede ser el medio más económico y más eficaz para mejorar la salud de los alumnos y, por consiguiente, su rendimiento académico.

- Dado que se ha evidenciado la importancia de asignar un tiempo considerable a la educación para la salud en el plan de estudios, se hace necesario integrar intervenciones de promoción de salud en la dinámica de la escuela, de forma continuada y permanente desde la formación inicial o etapas iniciales de aprendizaje, quedando contemplado además en la legislación educativa. Esto también contribuiría a la sistematización en la oferta de contenidos de salud, a un mayor acogimiento del profesorado hacia el profesional de enfermería, a la disminución de barreras autoimpuestas por el propio centro escolar al estar normalizada como una asignatura más del currículum educativo, y al aumento del sentimiento de pertenencia percibido y del compromiso desde el ámbito educativo con el cumplimiento de los objetivos de salud.

En contribución a este requerimiento, se ha planteado en esta tesis la concepción de una nueva materia de Promoción de la Salud, con contenidos de salud adaptables a cada etapa educativa, cuya configuración abarca la dimensión física, psicológica-emocional, afectiva-sexual, y social del currículum. Es decir, abarca competencias de salud repartidas en estas dimensiones, permitiendo así un desarrollo integral del educando (Tabla 8, capítulo 2). El PEPSEE se erige como el profesional idóneo para adquirir la responsabilidad y liderazgo y poner en marcha dicha materia.

- Es necesario conceder mayor importancia a la formación en promoción de salud del profesional de enfermería en la educación superior pregrado y postgrado, así como continuada. Formación que le otorgue unas competencias pedagógicas específicas, que le permita aplicar una metodología adecuada, que incorpore técnicas de aprendizaje activo, que promueva el desarrollo de habilidades en salud y que refuerce los valores individuales y comunitarios en este aspecto.

Asimismo, es necesario reforzar la capacidad investigativa en promoción de salud en la escuela en el entorno escolar como herramienta para la excelencia y el reconocimiento profesional de la acción pedagógica enfermera.

En contribución a esta propuesta, se plantea en esta tesis un programa formativo enfocado a la adquisición de las competencias pedagógicas que puedan convertir al enfermero en un profesional comprometido y capacitado para entender el proceso educativo y construir conocimiento en salud en el entorno escolar (PEPSEE). A lo largo de la tesis se ha evidenciado que el éxito de la promoción de la salud en la escuela viene en parte determinado porque sea impartido por personal experto con aptitudes pedagógicas adecuadas, por lo que dichas capacidades específicas optimizarían la efectividad de la promoción de salud en la escuela, aumentando la implicación del alumnado en la responsabilización de su salud.

- Es imprescindible reconocer el rol docente del profesional de enfermería desde el punto de vista pedagógico, así como su integración en el organigrama escolar. Que su labor no sea percibida como un soporte educativo a la acción del tutor, sino como una acción pedagógica equivalente a la que realizaría éste, y recíproca a su propia acción. Lo contrario, supone una barrera más no sólo para el reconocimiento del verdadero rol docente del enfermero, sino para la puesta en marcha efectiva de sus intervenciones de salud. A su vez, supone también una interferencia en la asignación de la promoción de salud en el plan de estudios. Si no se termina de creer en la función docente del enfermero o no se percibe como valiosa desde el punto de vista pedagógico, también es difícil que se pueda llegar a implementar como obligatoria en la normativa educativa.
- Es importante unificar la implementación de la promoción de salud en todas las escuelas, evitando las desigualdades de salud y educativas según el ámbito territorial y/o ciclo escolar. Se trata de ajustar las intervenciones y la implicación de los diferentes profesionales participantes del proceso educativo. El PEPSEE debe constituir una figura clave y de referencia dentro y fuera de la escuela para que esta implementación sea una realidad: estableciendo un diagnóstico real de necesidades de manera que se trabajen todas las áreas de interés del alumnado, coordinando y dando coherencia tanto a las acciones llevadas a cabo como a

los contenidos aportados a lo largo del curso escolar, evaluando y monitorizando los resultados educativos y de salud obtenidos. Desde esta perspectiva, es preciso reforzar la importancia del PEPSEE como figura de enlace, líder generador de vínculos eficientes entre el mundo educativo y el sanitario, y de alianzas estratégicas entre la familia, la escuela y la comunidad, para lo cual debe gozar de apoyo y soporte de las instituciones, posibilitando, por ejemplo, la dedicación completa de dicho profesional a la promoción de salud en la escuela.

- Se debe preservar el espacio de “consulta abierta”, donde el alumno encuentra su lugar de consulta individualizada y el profesional de enfermería refuerza su acción promotora de salud.
- Se deben impulsar medidas reales para reforzar la participación efectiva de la familia: adaptación de la legislación laboral al derecho de participación de los padres en la educación del alumnado, sensibilización acerca de conductas saludables ejemplificadoras, y sobre la responsabilidad compartida con la escuela respecto de la educación en salud de los hijos, así como la importancia de ésta para el mantenimiento de su salud. El PEPSEE constituye la figura idónea para conseguirlo a través de sus acciones educativas dirigidas también a la familia y la comunidad.

En definitiva, el profesional de enfermería constituye una figura clave para una pedagogía efectiva y para el logro de una mayor calidad de la promoción de salud en la escuela. Ahora bien, es necesario una mejora en la formación específica de dicho profesional en promoción de salud y una mayor implicación institucional en Sanidad y Educación.

11.3. Limitaciones de la investigación

Los resultados obtenidos permitieron resolver los objetivos propuestos, a pesar de ello, surgieron algunas limitaciones que se presentan en las siguientes líneas:

- Una primera limitación, y sin duda la más destacada, ha estado precisamente en la temática abordada para esta investigación. A través de ella se buscaba la

fusión de dos grandes ramas del saber (Educación y Sanidad), lo que obligó a tener que pensar, extraer, sintetizar y analizar continuamente desde ambas perspectivas.

- Otra limitación surgió en la búsqueda bibliográfica. La ingente información sobre la temática relacionada con las competencias, tanto desde el punto de vista educativo y normativo, como profesional y laboral, suscitó ciertas dificultades y supuso una limitación a la hora de ser sintetizada. Por otro lado, si bien es cierto que existen un gran número de investigaciones sobre la función asistencial de enfermería, no ocurre lo mismo cuando se trata de estudiar su rol docente, y mucho menos sus competencias pedagógicas en el ámbito escolar. Esto suscitó una limitación, pero a la vez resultó ser motor impulsor por sumergirme en una investigación oportuna y original.
- En lo que respecta a la recogida de datos, las respuestas de los participantes pudieron haber estado influenciadas por el área o especialidad en que el profesional desarrolla su actividad principal (la escuela, el centro de atención primaria, entre otros). Si bien es cierto que esto supuso una ventaja por la propia riqueza en sí que ofrecían las diferentes especialidades de enfermería y su variabilidad de las respuestas; también constituyó una limitación, ya que requirió de un trabajo adicional extraer los datos, resultados y conclusiones sin verme influenciada por una especialidad u otra.
- El contacto con los participantes supuso otra limitación, especialmente con aquellos que desarrollaban su actividad principal en el entorno escolar. La mayoría de estos desarrollaban su actividad en centros privados, y dado que mi actividad principal está vinculada al ámbito comunitario de la Administración pública, dicho contacto requirió de un esfuerzo adicional acudiendo a Jornadas y Congresos donde estos profesionales se reúnen para poder establecer un contacto más directo y facilitar así su participación en el estudio.
- La comparabilidad de los datos también suscitó ciertas dificultades en el análisis, la ingente información obtenida, tanto en el Delphi, como en la fase de entrevistas como del Marco teórico, supuso una limitación requiriendo de diferentes formas de análisis hasta llegar a la saturación de los datos.

- Por último, el tamaño de la muestra constituyó una limitación en el procedimiento analítico seleccionado. Un mayor número de participantes en el Delphi hubiera permitido hacer análisis diferenciales por grupos más precisos. Y un mayor tamaño de la muestra en las entrevistas hubiera permitido, por ejemplo, la comparabilidad de la realidad estudiada entre diferentes territorios.

11.4. Aportaciones realizadas y futuras líneas de estudio

A continuación, se presentan las principales aportaciones realizadas con esta tesis:

- En el capítulo 1 se presenta una disertación sobre los elementos que integran los conceptos de salud y educación interrelacionándolos entre sí hasta extraer una conceptualización del término educación para la salud.
- En el capítulo 2 se concretan los indicadores de garantía de éxito para la implementación de la promoción de salud en el entorno escolar: planificación adecuada de la promoción de salud y asignación suficiente en el plan de estudios; alianzas estratégicas salud-educación y apoyo externo de la comunidad; profesionales formados para la acción.

En este capítulo también se plantea un análisis inédito sobre la necesidad de la educación para la salud en la escuela en relación con los factores de riesgo comportamentales y su uso como estrategia clave para la gestión de la cronicidad en la edad adulta en España y Cataluña, concluyendo que las acciones educativas realizadas en la escuela pueden reducir considerablemente los costes individuales, económicos y sociales que acarrearán las enfermedades crónicas.

Por último, también se analiza la evolución de la educación para la salud en el entorno escolar a través de la legislación educativa española y catalana en las etapas de escolarización obligatoria. Asimismo, se analiza la manera en que se ha integrado la promoción de salud en el currículum educativo y cómo ha contribuido esto en el cumplimiento de los objetivos poblacionales de salud para una nueva estrategia europea “Salud 2020”. Como resultado de dicho

análisis se propone una nueva materia de promoción de salud, con contenidos adaptados a cada etapa educativa.

- En el capítulo 3 se hace una disertación inédita del profesional de enfermería como educador en salud, tomando como base elementos de “el saber”, “el poder” y “el querer”, analizando su función mediadora y su relación con el educando en el proceso enseñanza-aprendizaje de salud (desde la perspectiva pedagógica a través de las teorías de aprendizaje más influyentes, y desde la perspectiva enfermera a través de algunos de los modelos más relevantes).
- Los capítulos 7 y 8 constituyen el núcleo central de las aportaciones realizadas para esta tesis. Del séptimo se extrae una definición del profesional promotor de salud en el entorno escolar, así como las competencias pedagógicas que debe poseer para llevar a cabo sus intervenciones educativas de forma efectiva. Lo cual constituye una aportación significativa, puesto que se presenta a un profesional con identidad propia capaz de garantizar una formación en salud de calidad a la vez que pueda ser reconocido social y profesionalmente por ello.

Del octavo se extraen elementos facilitadores y barreras de la promoción de salud en la escuela en el contexto catalán, y se proponen alternativas de mejora a la situación actual tomando como referencia al PEPSEE, lo cual también constituye una aportación reveladora, puesto que se concluye que dicho profesional constituye una figura clave en la escuela no sólo en el ejercicio de su función educadora, sino como eje para gestionar y dinamizar enlaces entre los diferentes ámbitos.

- En el capítulo once se propone un programa formativo de promoción de salud en el entorno escolar. Dicho programa constituye un marco de referencia innovador para que el enfermero/a adquiera las competencias pedagógicas que le puedan convertir en un profesional comprometido y capacitado para entender el proceso educativo y construir conocimiento en salud en el entorno escolar.

Si bien es cierto que este trabajo ha contribuido a despejar las incógnitas sobre el tema tratado, sin embargo, también abre nuevos interrogantes que pueden dar pie a una amplia variedad de investigaciones, tanto en el ámbito educativo como sanitario. A

continuación, se muestran algunas líneas de investigación que pueden ser objeto de interés:

- En relación con el programa formativo generado, puede ser interesante estudiar los resultados de su aplicación, tanto en el contexto universitario pregrado, como en el contexto de formación continuada y postgrado.
- También puede resultar interesante continuar el estudio ampliando el tamaño de la muestra, tanto del Delphi como de las entrevistas, así como hacerlo extensivo a otros contextos geográficos.
- Como nueva línea de investigación, puede resultar sugestivo ampliar la investigación desde otra perspectiva, a través de estudios observacionales cualitativos que permitan estudiar la temática desde la propia escuela, con la visión de otros agentes implicados, además del profesional de enfermería: desde la mirada del profesorado, de la dirección de los centros educativos y sanitarios, de la familia, entre otros.

CAPÍTULO 12. PROGRAMA FORMATIVO: PROMOCIÓN DE SALUD EN LA ESCUELA

En este capítulo se presenta la propuesta formativa para que el PEPSEE adquiera las competencias pedagógicas que le puedan convertir en un profesional comprometido y capacitado para entender el proceso educativo y construir conocimiento en salud en el entorno escolar. Una vez establecidos los objetivos del programa, se plantea su estructura en forma de fichas para el desarrollo de dichas competencias, se presentan los contenidos, la modalidad de formación y, por último, un cronograma de planificación.

12.1. Presentación de la propuesta: análisis del contexto y perfil de los participantes

A lo largo de la investigación se ha definido el perfil del PEPSEE como a un profesional con unas características específicas que conforman una entidad propia. Uno de los aspectos que ha surgido con más fuerza ha sido la capacitación pedagógica, no sólo en su definición, sino también como elemento facilitador de la promoción de salud en la escuela: adquirir los conocimientos, habilidades específicas y una actitud coherente con su papel profesional que le permita desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces, utilizando una metodología pedagógica apropiada para dicho contexto. Sin embargo, a nivel práctico se ha constatado que la promoción y educación para la salud en la escuela no ha sido una prioridad de las políticas educativas, habiendo existido numerosas limitaciones formativas, por lo que muchas de las actuaciones educativas realizadas por los profesionales de enfermería en la escuela han estado basadas en la voluntariedad, en el autoaprendizaje y en la propia experiencia.

Partiendo de que la formación es un elemento esencial para el desempeño adecuado y eficaz de un ejercicio profesional de calidad y que sin ella difícilmente se pueden plantear objetivos, se hace necesario incorporar nuevas vías y enfoques de pedagogía activa para llevar a cabo la promoción de salud en la escuela con éxito, formar en técnicas y estrategias que permitan generar intervenciones de educación para la salud eficaces, y desarrollar habilidades sociales y comunicativas que lo hagan posible (Gutiérrez, 2003). Desde esta perspectiva, tomando como base las limitaciones y necesidades formativas definidas a lo largo de esta tesis, la propuesta planteada a continuación, podría constituir un paso importante para adentrar a los/as enfermeros/as en la realidad del contexto escolar, y ofrecer una capacidad de reflexión conceptual y práctica sobre la promoción de salud en dicho entorno, que la mayoría de las veces acaba siendo desconocido para éstos, al estar más centrados los planes de estudio pregrado en el área médicoquirúrgica y asistencial que en el área educacional. Se trata de que los participantes dispongan de un marco de referencia sobre la promoción de salud en la escuela y adquiera las competencias pedagógicas que le puedan convertir en un profesional comprometido y capacitado para entender el proceso educativo y construir conocimiento en salud en el entorno escolar.

Por tanto, la propuesta está pensada para profesionales de enfermería graduados y se podría encuadrar en el marco de la educación continuada o de postgrado. No obstante, también podría adaptarse al marco de la educación superior universitaria para estudiantes de enfermería pregrado, como una asignatura más en el plan de estudios. Como conocimientos previos únicamente se estima conveniente un interés por descubrir los procesos vinculados a la promoción de salud en el entorno escolar, así como habilidades de estudio activas.

12.2. Objetivos de la propuesta

El objetivo que explicita de una manera genérica la finalidad de la propuesta formativa para cubrir las necesidades detectadas queda concretado de la siguiente manera:

- Adquirir las competencias pedagógicas necesarias para el abordaje de la promoción de la salud en la escuela, manteniendo la idiosincrasia enfermera.

Como objetivos específicos (cognoscitivos, psicomotores y afectivos) se busca:

- Comprender los conceptos y características elementales sobre la promoción de salud en la escuela y la didáctica de la salud.
- Adquirir las habilidades docentes para llevar a cabo de forma efectiva la promoción de salud en el entorno escolar.
- Desarrollar una actitud y valores positivos respecto de la acción pedagógica para la promoción de salud en la escuela.

12.3. Estructuración

Como marco de referencia para la elaboración de la propuesta se ha utilizado el planteamiento sugerido por Rodríguez, Serreri, & Del Cimmuto (2010) con modificaciones. Dichos autores constituyen un referente en materia de procesos formativos y desarrollo de competencias en la construcción del proyecto profesional. Parten de la base de que cada competencia tiene una didáctica especial, cuyo aprendizaje debe de ser organizado y estratégico, teniendo como referencia un modelo

estructurado. A tal efecto, sugieren una ficha guía para programar la formación de competencias, que va desde lo general a lo particular, pasando por el planteamiento de la evaluación de su dominio, por el análisis de la dinámica formativa y de la metodología didáctica, y termina evocando algunos de los principios del constructivismo más relevantes en el proceso de formación de la competencia programada. Tomando como base dicha guía, la presente propuesta se ha estructurado en base a las nueve áreas competenciales definidas en esta tesis, que han constituido el eje a través del cual se ha vertebrado cada ficha. Se explicitan, a continuación, los apartados que han conformado dichas fichas.

Enunciado de la competencia. Se aporta en este apartado la explicación enunciativa que proporciona una idea global del aprendizaje que se pretende conseguir. Dicho enunciado corresponde a cada una de las nueve categorías competenciales definidas en esta tesis.

Contexto. Sugiere el contexto en que se implementará la competencia. En este caso es el mismo para todas las fichas.

Sentido de la competencia. En este apartado se pretende describir las metas de la acción formativa.

Capacidades. Este apartado se construye a partir de los elementos competenciales, de cuya interacción se irá deduciendo el proceso en que deriva la puesta en marcha de la práctica competencial. Las capacidades, que son de diversos órdenes (cognitiva, afectiva, social, procedimental, entre otros), conectan entre sí y están ligadas con la categoría competencial oportuna considerada como un todo.

Destrezas. Se explicitan en este apartado las destrezas más significativas que confluyen en las capacidades y que una vez integradas, permitirán su puesta en marcha.

Evaluación. Manifestaciones de la competencia. En este apartado se presentan las evidencias o manifestaciones de la competencia. Es decir, los resultados esperados del desarrollo de las capacidades. Dichas evidencias han sido concretadas en relación con los núcleos de conocimiento de cada área competencial y en base al dominio en que se encuadra, concretando los aprendizajes que se pretenden llevar a cabo. Para

redactarlas ha sido necesario el previo análisis de la categoría competencial, las capacidades y las destrezas asociadas a éstas.

Instrumentos/criterios para la evaluación de la competencia. En este apartado se redactan los métodos, técnicas e instrumentos y aquellos aspectos a través de los cuales se recogen los datos que aporten un juicio global y riguroso del grado de desarrollo de la adquisición de la competencia. Se lleva a cabo una evaluación de tipo continuada que permite ir ajustando la acción pedagógica a los avances de los participantes y valorar la eficiencia y efectividad de las destrezas de los participantes en las actividades programadas, y una evaluación conclusiva para detectar la adquisición de los conocimientos aportados.

Metodología. Este apartado se construye a partir de la dinámica o funcionamiento de la competencia a desarrollar. Se redactan la metodología y estrategias didácticas utilizadas. En su elección ha primado el desarrollo de la autonomía en el aprendizaje del alumno, su implicación activa en los procesos de búsqueda, estudio, experimentación, reflexión, aplicación y comunicación del conocimiento.

Entre las técnicas más utilizadas han destacado aquellas que favorecen que el usuario reciba una información, la comprenda y sea capaz de reelaborarla y expresarla de maneras diversas (presentación de la información y contextualización de la temática); aquellas que favorecen la discusión con objeto de contrastar y argumentar lo aprendido (debates, foros, y grupos de discusión, entre otras); las técnicas que permiten sintetizar e identificar aspectos clave de un aprendizaje (elaboración de esquemas, glosarios, mapas conceptuales, resúmenes, entre otras); y aquellas que permiten la aplicación de los aprendizajes con objeto de comprender y experimentar lo aprendido (estudios de casos, simulaciones, solución de problemas, *role playing*, entre otras) (De Miguel, 2006; Fernández, 2006).

12.4. Fichas para el desarrollo de las competencias pedagógicas del PEPSEE

Se procede a continuación a la presentación de las nueve fichas a través de las cuales se programa la formación de las competencias pedagógicas del PEPSEE definidas en esta tesis: conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela (Ficha 1);

competencia interpersonal y de trabajo en equipo (Ficha 2); habilidades de mediación pedagógica de salud (Ficha 3); comunicación educativa (Ficha 4); actitud docente competente (Ficha 5); valores profesionales inherentes a la dimensión ética (Ficha 6); investigación en promoción de salud (Ficha 7); competencia digital y de innovación pedagógica de salud (Ficha 8); coordinación y liderazgo educativo (Ficha 9).

Ficha 1. Programación para la competencia "Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela". Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
1. Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela	<i>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</i>	<i>Desarrollo de un conocimiento específico para poder impartir la materia de salud en la escuela de forma efectiva.</i>
CAPACIDADES (SABER)	DESTREZAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la didáctica específica de la salud. - Conocer el contenido teórico-práctico de salud que se quiere enseñar. - Conocer del centro escolar (organización y estructura funcional, recursos externos, unidades educativas especiales). - Conocer del currículum educativo (finalidades, objetivos y de qué manera se integra la promoción de salud). - Conocer la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza. - Conocer los intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud. - Conocer la estructura de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar). - Conocer las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje). 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar, observar. - Comprender la información recibida. - Evaluar, identificar conceptos. 	
EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.	METODOLOGÍA	
<ul style="list-style-type: none"> - Define el significado y los componentes de la acción pedagógica de salud en la escuela. Teorías de aprendizaje y modelos pedagógicos del aprendizaje. - Identifica las normas teóricas y procedimientos que garantizan un aprendizaje significativo en salud. - Identifica elementos del centro escolar y de su organización y estructura funcional. Órganos de gobierno y dirección. Claustro y resto de comunidad educativa (unidades, componentes, funciones). - Describe los elementos básicos del currículum educativo y evalúa cómo se integra la educación para la salud en éste. 	<p>Dado que las capacidades a desarrollar pertenecen al dominio del "saber", las actividades a realizar van enfocadas a recibir información, comprenderla y trabajarla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conceptualización teórica sobre la temática. Sesiones teórico-prácticas focalizando en los diversos conceptos a enseñar. - Lectura y trabajo de textos, artículos, libros. - Preparación de esquemas, mapas conceptuales, y resúmenes; así como 	

<ul style="list-style-type: none"> - Conoce los niveles de concreción en la planificación y diseño del currículum. Componentes del currículum: finalidades y objetivos de salud; competencias y contenidos de salud. - Conoce las principales políticas de educación y legislación educativa. - Identifica el contenido y comprende la elaboración del proyecto educativo de centro y reglamento de régimen interno. - Interpreta y evalúa proyectos curriculares de salud adaptados a las diferentes etapas educativas. - Identifica los factores de riesgo y problemas más importantes de salud en la escuela. - Describe las características del alumnado: cambios físicos y desarrollo psicomotor. Desarrollo cognitivo, del lenguaje y de la comunicación. Desarrollo afectivo, social y de la personalidad - Describe las características de la comunidad escolar: diferencias y diversidad que la configuran. 	<p>búsqueda y consulta de la bibliografía propia del tema.</p>
CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA.	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación continuada de las actividades prácticas desarrolladas en las sesiones tutorizadas. Observación y valoración de la participación en las sesiones y en las actividades programadas. - Evaluación de las entregas realizadas. Valoración del grado de desarrollo de las capacidades analíticas y de síntesis de las cuestiones. Utilización de listas de control “<i>Check List</i>”. - Evaluación conclusiva de la adquisición de los conocimientos aportados en las sesiones teórico-prácticas a través de una prueba escrita individual. 	

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

Ficha 2. Programación para la competencia “Conocimiento interpersonal y de trabajo en equipo”. Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
<p>2. Competencia interpersonal y de trabajo en equipo</p>	<p>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</p>	<p>Aportar técnicas y estrategias que favorezcan las relaciones interpersonales de equipo y la colaboración con el equipo docente y con el resto de la comunidad educativa para asegurar la calidad de la acción promotora de salud en la escuela.</p>
<p>CAPACIDADES (SABER HACER, SABER ESTAR)</p>	DESTREZAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar. - Establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes. - Adquirir habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar, observar, colaborar. - Prever situaciones difíciles, analizar, evocar soluciones. - Aceptar sugerencias, hacer crítica constructiva. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Negociar en la resolución de problemas con el equipo y la comunidad. - Participar en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud. - Gestionar situaciones estresantes con el equipo, desarrollando inteligencia emocional. - Mostrar actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad. - Adaptar los propios objetivos a los del equipo y centro. - Ser flexible en la aplicación de procedimientos según la situación educativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - No ofrecer resistencias. - Negociación, mediación.
<p>EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.</p>	<p>METODOLOGÍA</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Distingue entre los diferentes procesos de socialización en la escuela. - Utiliza las técnicas y estrategias que favorecen las relaciones interpersonales de equipo en la escuela. - Demuestra que es capaz de aceptar una situación problemática. - Demuestra habilidades para la mediación en situaciones de conflicto de manera constructiva y ofrece alternativas de resolución. - Emplea herramientas adecuadas para colaborar en equipos multidisciplinares. - Demuestra actitud flexible y de participación y compromiso con el equipo. - Comunica con eficacia sus ideas. Se explica controlando sus emociones. 	<p>Dado que las capacidades están relacionadas con el “saber hacer” y el “saber estar”, el aprendizaje experiencial será el más eficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones teórico-prácticas sobre el equipo y trabajo en equipo en la escuela. La gestión positiva del conflicto en equipo y procesos de acuerdo. - Estudio de casos. Simulaciones interactivas. Role-playing. - Debates y reflexiones sobre la mediación integral. Diálogo abierto sobre el trabajo colaborativo y multidisciplinar. - Trabajo colaborativo en grupos.
<p>CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de las actividades desarrolladas en las sesiones tutorizadas. - Registro de observación <i>ad hoc</i> sobre las actitudes sociales: control de momentos comunicativos con el equipo, grado de reacción frente a las opiniones de los compañeros y actitudes en el aula. - Evaluación de las entregas realizadas de las actividades y trabajos. Utilización de listas de control “<i>Check List</i>”. - Prueba escrita individual conclusiva que valora la adquisición de los conocimientos aportados en las sesiones teórico-prácticas. 	

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

Ficha 3. Programación para la competencia “Habilidades de mediación pedagógica de salud”. Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
<p>3. Habilidades de mediación pedagógica de salud.</p>	<p>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</p>	<p>El saber didáctico es esencial para el desarrollo de la educación de calidad. Es necesario por tanto conocer los diferentes elementos del proceso</p>

	<p><i>formativo para conseguir que los profesionales construyan modelos educativos pertinentes y desarrollen métodos eficaces.</i></p>
<p>CAPACIDADES (SABER HACER)</p>	<p>DESTREZAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar estrategias y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados. - Utilizar materiales y recursos didácticos apropiados. - Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud. - Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes). - Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo. - Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente. - Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de los alumnos y de la comunidad escolar. - Diseñar procesos educativos ajustados a la realidad escolar, atendiendo a las diferencias individuales y de grupo. - Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados, y establecer conexiones entre éstos y los nuevos que se van adquiriendo. - Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud y las acciones orientadas hacia el fin educativo, adaptándose al progreso de los alumnos. - Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo. - Evaluación del proceso y resultado de aprendizaje del alumno de forma continua, reajustando la acción pedagógica, y propiciando que éste valore su propio aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar, observar - Experimentar, demostrar - Secuenciar, planificar, evaluar - Sintetizar, analizar, interpretar - Seleccionar, aprovechar materiales
<p>EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.</p>	<p>METODOLOGÍA</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los procesos de enseñanza-aprendizaje y su aplicación en la educación para la salud en la escuela. - Aplica técnicas y estrategias didácticas de promoción de salud adecuadas en el contexto educativo escolar. - Elabora planes, programas educativos e intervenciones de promoción de salud en la escuela. - Conoce la diversidad de materiales educativos y los ajusta a los diferentes escenarios en la escuela. - Conoce técnicas para detectar conocimientos previos en salud y necesidades educativas del alumnado. - Describe indicadores de evaluación de aprendizajes y evalúa su propia práctica docente. 	<p>Dado que las capacidades están relacionadas con el "saber hacer", el aprendizaje experiencial también será el más utilizado para la dinámica de la formación de esta competencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones teórico-prácticas sobre la didáctica de la salud. - Estudio de casos. Simulaciones interactivas. Role-playing. - Trabajo colaborativo en grupos. - Elaboración de proyectos educativos en el ámbito escolar.

CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de las actividades desarrolladas en las sesiones tutorizadas: observación del correcto desempeño de las tareas asociadas a la competencia, así como de las técnicas utilizadas en su desarrollo. Utilización de listas de control "Check List". - Evaluación de las entregas realizadas de las actividades y trabajos. Utilización de escalas de calificación. - Prueba escrita individual conclusiva que valora la adquisición de los conocimientos aportados en las sesiones teórico-prácticas.

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

Ficha 4. Programación para la competencia "Comunicación educativa". Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
4. Comunicación educativa	<i>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</i>	<i>A través de las acciones formativas en esta competencia, se busca dominar los elementos básicos de comunicación y ser capaz de aplicarlos profesionalmente en la escuela para educar en salud.</i>
CAPACIDADES (SABER HACER, SABER ESTAR)	DESTREZAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Desplegar habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al del alumno. - Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos. - Mantener un diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta. - Utilizar un lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición. - Desarrollar acción discursiva coherente y motivadora. - Usar elementos propios del lenguaje no verbal (miradas, gestos...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza. - Tener actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos; conciliadora y armónica, basada en los acuerdos. Lenguaje afectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar, observar - Exponer, transmitir - Controlar el lenguaje corporal - Usar el lenguaje verbal adecuadamente 	
EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.	METODOLOGÍA	
<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los diferentes modelos comunicativos y reconoce su importancia y aplicabilidad para la educación de salud en la escuela. - Transmite y comunica adecuadamente el mensaje de salud. 	<p>Dado que las capacidades están relacionadas con el "saber hacer" y el "saber estar" la metodología activa se ha considerado la más útil para el entrenamiento en las habilidades de comunicación:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Muestra actitud tolerante y respeta las intervenciones ajenas. - Discrepa y argumenta de forma coherente frente a otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones teórico-prácticas sobre el proceso comunicativo. - Situaciones reales de comunicación en el aula. - Estudio de casos. Simulaciones interactivas. Role-playing. - Trabajo colaborativo en grupos. - Actividades de discusión (debates, foros, y grupos de discusión).
--	---

CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA

- Evaluación continuada de las actividades prácticas desarrolladas en las sesiones tutorizadas. Observación y valoración de la participación en las sesiones. Registro descriptivo y utilización de listas de control "Check List".
- Evaluación de las entregas realizadas de las actividades y trabajos. Utilización de escalas de calificación.
- Prueba escrita individual conclusiva para la valoración de la adquisición de los conocimientos aportados en las sesiones teórico-prácticas.

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

Ficha 5. Programación para la competencia "Actitud docente competente". Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
5. Actitud docente competente	<i>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</i>	<i>A través de las acciones formativas en esta competencia, se busca desarrollar una actitud y valores docentes con objeto de potenciar el rendimiento de los alumnos a través de climas positivos de aula.</i>
CAPACIDADES (SABER ESTAR)	DESTREZAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación. - Mostrar disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica. - Mostrar actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud. - Mostrar disposición a compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa. - Mantener actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica. - Mostrar actitud constructiva positiva hacia el aprendizaje en salud. - Mostrar disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa. - Mostrar actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar, observar - Compartir - Transferir saberes 	

EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los diferentes tipos de interacciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la escuela. - Demuestra interacción socioafectiva en el proceso de enseñanza-aprendizaje. - Identifica estrategias para crear ambiente positivo y de aprendizaje en el aula. - Reconoce estrategias para fomentar la participación del alumnado. - Demuestra valores del rol docente (neutralidad, empatía, equidad). 	<p>La metodología activa se ha considerado la más útil para el desarrollo de esta competencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposiciones contextualizadoras. - Lectura, análisis y problematización de textos (escritos, visuales, orales). - Estudio de casos. Simulaciones interactivas. Role-playing. - Trabajo colaborativo en grupos.
CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de las actividades desarrolladas en las sesiones tutorizadas: no se pretende la observación directa de las actitudes ni valores personales, pero sí de los comportamientos y formas de conducta en las ejecuciones llevadas a cabo por los participantes para el desarrollo de la competencia. Utilización de listas de control "Check List". - Evaluación de las entregas realizadas. Utilización de escalas de calificación o apreciación. 	

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

Ficha 6. Programación para la competencia "Valores profesionales inherentes a la dimensión ética". Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
<p>6. Valores profesionales inherentes a la dimensión ética</p>	<p>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</p>	<p>A través de las acciones formativas en esta competencia, se busca el autoconocimiento como profesional con objeto de desarrollar una actitud coherente con las concepciones éticas del rol docente. Es imprescindible para el buen desarrollo de la acción pedagógica de salud.</p>
CAPACIDADES (QUERER HACER, SABER ESTAR)	DESTREZAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Actualizarse y mostrar capacitación constante en el ejercicio profesional docente. - Mostrar compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad por el que pueda ser reconocido. - Mostrar disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente. - Mostrar responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar, observar - Compartir, implicarse, actualizarse - Comprometerse, responsabilizarse - Valorar las propias capacidades 	

<ul style="list-style-type: none"> - Conocerse a sí mismo tomando conciencia del rol docente. - Reflexionar sobre la propia acción pedagógica. 	
EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los principios de la ética profesional docente. - Comprende la necesidad de la formación ética profesional en la educación para la salud en la escuela. - Describe líneas de actuación básicas para un ejercicio docente de calidad. - Se preocupa y se implica en la realización de las actividades propuestas con responsabilidad. - Cumple con los compromisos adquiridos. - Evalúa su propia acción y se asegura del buen resultado. - Demuestra disposición positiva al trabajo y al mejoramiento de sus acciones. 	<p>La metodología activa se ha considerado la más útil para el desarrollo de esta competencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposiciones contextualizadoras (ejemplos pragmáticos, explicaciones didácticas de conductas ejemplares y de episodios históricos, protocolos de actuación) - Lectura, análisis y problematización de textos (escritos, visuales, orales). - Grupos de discusión. - Estudio de casos. - Trabajo colaborativo en grupos
CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación continuada de las actividades prácticas desarrolladas en las sesiones tutorizadas. Observación y valoración del comportamiento asociado a la competencia (dedicación, responsabilización y calidad de la práctica). Registro descriptivo y utilización de listas de control “<i>Check List</i>”. - Evaluación de las entregas realizadas de las actividades y trabajos. Utilización de escalas de calificación. - Prueba escrita individual conclusiva para la valoración de la adquisición de los conocimientos aportados en las sesiones teórico-prácticas. 	

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

Ficha 7. Programación para la competencia “Investigación en promoción de salud”. Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
7. Investigación en promoción de salud	<i>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</i>	<i>A través de las acciones formativas en esta competencia, se busca forjar al alumno en una base de conocimiento científico, capacitándolo para la búsqueda constante en salud y promoción de salud en la escuela, así en métodos de docencia eficaces.</i>
CAPACIDADES (SABER, SABER HACER)	DESTREZAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Explorar permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como aquellas condiciones y factores que favorecen el bienestar, evaluando el impacto de la intervención promotora en la salud del alumnado y comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar, indagar, analizar, evaluar - Actualizarse, reforzar conocimientos y formas de actuación. - Interpretar, argumentar, preguntar, observar, redactar. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Actualizarse en contenidos de salud. - Buscar de forma constante políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela. - Actualizarse de manera continua en docencia en base a líneas pedagógicas innovadoras. - Explorar permanente estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante. 	
EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.	METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> - Fundamenta su práctica en bases científicas. Elabora procedimientos de enseñanza-aprendizaje de salud en base a la revisión científica. - Utiliza la literatura científica para identificar y evaluar los problemas de salud y factores de riesgo susceptibles de prevención a través de la educación. - Muestra habilidades para dar sentido a los datos cuantitativos y cualitativos y elaborar significados a partir de ellos. - Manifiesta deseos de innovación y actualización en la práctica educativa de la salud. 	<p>La metodología activa se ha considerado la más útil para el desarrollo de esta competencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones teórico-prácticas sobre la temática. - Lectura, análisis y problematización de textos (escritos, visuales, orales). - Trabajo colaborativo en grupos (búsqueda, selección y análisis de información relacionada con los problemas de salud en la etapa escolar, programas de salud de éxito y métodos pedagógicos eficaces).
CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación continuada de las actividades prácticas desarrolladas en las sesiones tutorizadas. Observación y valoración del correcto desempeño de las tareas asociadas a la competencia, así como de las técnicas utilizadas en su desarrollo. Registro descriptivo y utilización de listas de control “<i>Check List</i>”. - Evaluación de las entregas realizadas de las actividades y trabajos. Utilización de escalas de calificación. - Prueba escrita individual conclusiva para la valoración de la adquisición de los conocimientos aportados en las sesiones teórico-prácticas. 	

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

Ficha 8. Programación para la “Competencia digital y de innovación pedagógica”. Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
<p>8. Competencia digital y de innovación pedagógica</p>	<p>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</p>	<p>A través de las acciones formativas en esta competencia, se busca capacitar al alumno para explorar, para analizar, para innovar y construir el conocimiento a través de la integración de nuevos recursos tecnológicos.</p>
CAPACIDADES (SABER HACER)	DESTREZAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Crear e innovar poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar, indagar, experimentar con las TIC. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Expresarse y comunicarse con el alumnado y la comunidad (tanto de forma sincrónica como asincrónica) utilizando el lenguaje propio de las TIC. - Organizar, evaluar y optimizar los procesos educativos a través de las TIC. - Dominar las herramientas TIC y ambientes virtuales de aprendizaje en salud. - Participar en redes y comunidades educativas de salud a través de las TIC. Utilización de redes sociales TEP (Facebook, Twitter...) para el posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela. - Dominar y utilizar las TIC en el área investigativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura a nuevos saberes y prácticas pedagógicas y de promoción de salud.
<p>EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.</p>	<p>METODOLOGÍA</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Elabora procedimientos de enseñanza-aprendizaje de salud utilizando los recursos TIC. - Conoce el lenguaje propio de las TIC. - Identifica recursos TIC para optimizar la acción pedagógica de salud en las diferentes etapas educativas. - Identifica las bases de datos y recursos TIC adecuados para el área investigativa. - Identifica las redes sociales y comunidades educativas más destacadas y aplica el conocimiento adquirido para el posicionamiento enfermero sobre la promoción de salud en la escuela. 	<p>La metodología activa se ha considerado la más útil para el desarrollo de esta competencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones teórico-prácticas sobre las TIC en el campo educativo y sanitario. - Trabajo colaborativo en grupos. - Actividades prácticas (elaboración de blog, creación de wiki, autoevaluación, proyectos colaborativos en red...). - Producción de objetos digitales. - Discusiones e intercambios presenciales y virtuales.
<p>CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación continuada de las actividades prácticas desarrolladas en las sesiones tutorizadas. Observación y valoración del correcto desempeño de las tareas asociadas a la competencia. Registro descriptivo y utilización de listas de control "Check List". - Evaluación de las entregas realizadas de las actividades y trabajos. Utilización de escalas de calificación. - Prueba escrita individual conclusiva para la valoración de la adquisición de los conocimientos aportados en las sesiones teórico-prácticas. 	

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

Ficha 9. Programación para la "Competencia digital y de innovación pedagógica". Elaboración propia.

ENUNCIADO	CONTEXTO	SENTIDO DE LA COMPETENCIA
<p>9. Coordinación y liderazgo educativo</p>	<p><i>Ámbito escolar donde se lleva a cabo la acción promotora de salud.</i></p>	<p><i>A través de las acciones formativas en esta competencia, se busca capacitar para el ejercicio del liderazgo en el contexto escolar en</i></p>

		<i>sus diferentes dimensiones.</i>
CAPACIDADES (SABER HACER, PODER HACER)	DESTREZAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza de salud y participar de éstas. - Liderar el cambio en la experimentación de ideas promotoras de salud. - Implicarse en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud. - Crear las condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje y que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa, promoviendo espacios de participación. - Influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud, y coordinar las intervenciones consensuadas. - Promover la cultura de promoción de la salud en el centro escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Liderar, implicarse en los cambios, construir - Negociar, solucionar problemas - Coordinar, impulsar mejoras 	
EVALUACIÓN. MANIFESTACIONES DE LA COMPETENCIA.	METODOLOGÍA	
<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los diferentes tipos de liderazgo en la escuela y los principios básicos para el establecimiento de reglas. - Aplica el liderazgo en los métodos de enseñanza-aprendizaje propuestos. - Toma de decisiones a la hora de trabajar en grupo. 	<p>La metodología activa se ha considerado la más útil para el desarrollo de esta competencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones teórico-prácticas sobre el liderazgo educativo. Ejemplos pragmáticos. - Estudio de casos. Simulaciones interactivas - Trabajo colaborativo en grupos. 	
CRITERIOS/INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA		
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación continuada de las actividades prácticas desarrolladas en las sesiones tutorizadas. Observación y comprobación del grado de autonomía y de iniciativa en las diferentes situaciones dadas a lo largo del proceso formativo. Registro descriptivo y utilización de listas de control <i>"Check List"</i>. - Evaluación de las entregas realizadas de las actividades y trabajos. Utilización de escalas de calificación. - Prueba escrita individual conclusiva para la valoración de la adquisición de los conocimientos aportados en las sesiones teórico-prácticas. 		

Fuente: Rodríguez, 2006; Rodríguez et al., 2010

12.5. Presentación de los contenidos

Los contenidos han sido concretados teniendo en cuenta el marco de los objetivos propuestos. Por un lado, hacen referencia a conceptos, principios, hechos que se definen y explican en el ámbito de las ideas (conceptuales); por otro lado, hacen referencia al "saber hacer", constituyendo la automatización de los procesos o el

desarrollo de habilidades (procedimentales); y, por último, se centran también en la formación de valores y la comprensión de normas en relación con el proceso educativo de salud (actitudinales) (Coll & Valls, 1992). Los contenidos seleccionados permiten abordar los objetivos de aprendizaje desde distintas perspectivas. A través de los mismos se ha pretendido, por un lado, aportar información general y básica; reforzar la información previa que como profesionales de enfermería ya tienen los participantes, y aportar información complementaria que permita a los participantes no sólo desarrollar las competencias propuestas, sino ir un poco más allá generando nuevas necesidades de aprendizaje (Moreno, 2002).

Los criterios de selección utilizados han seguido la visión constructivista del aprendizaje. Así, se ha procurado que sean significativos, coherentes en todo momento con el resto de los contenidos del ámbito de conocimiento de la profesión enfermera, y que estén enfocados a las necesidades de formación detectadas. Se ha buscado también, cuidar la estructura interna con la que se presenta el contenido, de lo más general a lo más detallado y específico, permitiendo al alumno establecer relaciones entre los nuevos contenidos y sus esquemas previos de conocimiento, modificándolos y enriqueciéndolos en un proceso de construcción de nuevos significados (Moreno, 2002). Para fortalecer su rigurosidad, se ha contrastado con fuentes fiables. Dado que el perfil del PEPSEE busca la conjugación del saber enfermero y pedagógico, se han utilizado diferentes planes docentes universitarios tanto del área de ciencias de la salud como de educación.

La propuesta formativa se estructura en diez módulos presentados a continuación (Tabla 87), cuyos contenidos aseguran la adquisición y desarrollo a diferentes niveles de las competencias concretadas para el PEPSEE.

Tabla 87. Contenidos propuesta formativa "Promoción de salud en el entorno escolar". Elaboración propia.

MÓDULO	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO	LECTURAS RECOMENDADAS
1. SISTEMA EDUCATIVO Y CURRÍCULUM ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none"> - Teorías de aprendizaje y modelos pedagógicos. Rol educador en los modelos conceptuales de enfermería. - Centro escolar. Organización y estructura funcional. Órganos de gobierno y dirección. Órganos consultivos. Claustro y comunidad educativa (unidades, componentes, funciones). Reglamento de régimen interno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Álvarez, J.M. (2001). <i>Entender la didáctica, entender el currículum</i>. Madrid: Miño y Dávila. -- Antúnez, S. (2008). <i>El Proyecto Educativo de Centro</i>. Barcelona: Graó. - Antúnez, S.; Gairín, J. (2008). <i>La organización escolar. Práctica y fundamentos</i>. Barcelona: Graó. - Colom, A.J. (coord.); Bernabeu, J.L.; Domínguez, E.; Sarramona, J. <i>Teorías</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Contenido y elaboración del proyecto educativo de centro - Política y legislación educativa. - Currículum como marco para la intervención didáctica de salud. Niveles de concreción en la planificación y diseño del currículum. <p>Componentes del currículum: finalidades y objetivos de salud; competencias y contenidos de salud.</p>	<p><i>e instituciones contemporáneas de la educación</i>, 7ª ed. (2007). Barcelona: Ariel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - González, M. T. (Coord.) (2003). <i>Organización y Gestión de Centros Escolares: Dimensiones y Procesos</i>. Madrid: Pearson Educación. - Mena, B. (1998). <i>Didáctica y currículum escolar</i>. Salamanca: Anthema. - Pino Juste, M. (2001). <i>La Educación para la Salud. Marco teórico y diseño curricular</i>. Vigo: Tórculo Artes Gráficas. - Sarramona, J. <i>Fundamentos de educación</i>, 4ª ed. (1995). Perú: Editorial Ceac, S.A. - Swenson, Leland, C. <i>Teorías del aprendizaje: perspectivas tradicionales y desarrollos contemporáneos</i>. (1991) Barcelona: Paidós.
<p>2. PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visión constructivista del aprendizaje. Mediación y aprendizaje significativo. Interactividad entre profesor-alumno. Organización y funcionalidad del aprendizaje. Importancia del establecimiento de conocimientos previos. - Intervención educativa y componentes motivacionales, afectivos y relacionales del aprendizaje escolar. - Características del alumnado y fases del desarrollo en las diferentes etapas educativas: cambios físicos y desarrollo psicomotor. Desarrollo cognitivo, del lenguaje y de la comunicación. - La construcción del conocimiento a través de la colaboración entre alumnos. - La familia en el contexto escolar y comunitario. Habilidades de interacción familia-escuela. La familia como ámbito de acción socioeducativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anaya, D. (2009). <i>Bases de aprendizaje y Educación</i>. Sanz y Torres - Gassier, J. (1983). <i>Manual de desarrollo psicomotor del niño</i>. Barcelona: Toray-Masson. - González Cuenca, A.M., Fuentes, M.J., de la Morena, M. L., y Barajas, C. (1995). <i>Psicología del desarrollo. Teoría y prácticas</i>. Archidona (Málaga). - Ravenette, T. (2002). <i>El constructivismo en la psicología educativa</i>. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A. - Tessier, G. (2000). <i>Comprender a los adolescentes</i>. Barcelona: Octaedro. - Woolfolk, A. (1999). <i>Psicología Educativa</i>. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
<p>3. LA SALUD EN LA ESCUELA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La escuela como escenario para un desarrollo saludable. Escuela Promotora de Salud. - Principios básicos de la educación para la salud en la escuela: aspectos conceptuales y didácticos. - Educación para la salud como materia del currículum educativo en las diferentes etapas*: <p>Dimensión física (hábitos alimentarios, ejercicio físico e higiene postural, hábitos tóxicos y consumo de drogas, higiene y salud bucodental, seguridad y prevención de accidentes).</p> <p>Dimensión mental (autoestima, autoconcepto, gestión de emociones...)</p> <p>Dimensión afectivo-sexual reproductiva (identidad sexual, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado...).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Álvarez, R. 2ª ed. (2005). <i>Educación para la salud</i>. México: Manual Moderno. - Aranceta, J.; Gil A. (2009). <i>Alimentos funcionales y salud en las etapas infantil y juvenil</i>. Madrid: Editorial Médica Panamericana. - Calvo Bruzos, S. (1992). <i>Educación para la Salud en la escuela</i>. Madrid: Díaz de Santos. - Colomer C.; Álvarez C. (2001). <i>Promoción de la salud y cambio social</i>. Barcelona: Masson. - Costa, M.; López, E. (2008). <i>Educación para la Salud: guía práctica para promover estilos de vida saludables</i>. Madrid, Pirámide. - Orjuela, O. (2009). <i>Educación para la Salud: programas preventivos</i>. Madrid: Manual Moderno.

	<p>Dimensión social (redes sociales, violencia entre iguales, violencia de género...).</p> <p>- Ámbitos de intervención y programas educativos de salud en la escuela: “Salut i Escola” (PSiE); “Pla Salut, Escola i Comunitat” (PSEC).</p> <p><i>*Dicha materia quedó concretada en el tercer capítulo de esta tesis.</i></p>	<p>- Perea Quesada R. (2009). <i>Promoción y educación para la salud: tendencias innovadoras</i>. Madrid: Díaz de Santos.</p> <p>- Perea Quesada, R. (2004). <i>Guía Didáctica de Educación para la Salud</i>. Madrid: UNED.</p> <p>- Perea Quesada, R.; López Barajas, E.; Limón Mendizábal, R. (2011). <i>Educación para la salud y calidad de vida</i>. Madrid: Díaz de Santos.</p> <p>- Piedrola Gil, G. (2008). <i>Medicina Preventiva y Salud pública</i>. 11ª ed. Barcelona: Masson.</p> <p>- Serrano, M.I. (1997). <i>La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud</i>. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos.</p>
<p>4. EQUIPO Y ESCUELA</p>	<p>- Composición y funciones del equipo en la escuela. Ventajas e inconvenientes del trabajo en equipo en la escuela.</p> <p>- Convivencia en la escuela. Sentimiento de pertenencia a una comunidad.</p> <p>- Colaboración multiprofesional para la resolución de problemas de salud. Sinergia de equipo.</p> <p>- Toma de decisiones en equipo. Técnicas básicas y procesos de acuerdo.</p> <p>- La comunicación no violenta con el grupo. Gestión positiva del conflicto. Dinámica de reuniones, procesos de acuerdo.</p>	<p>- Armengol, C. <i>El trabajo en equipo en los centros educativos</i> (2001) Barcelona: Editorial Praxis.</p> <p>- Bonals, J. <i>La práctica del trabajo en equipo del profesorado</i> (2013). Barcelona: Graó.</p> <p>- Fried Schnitman, D. (2000). <i>Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos. Perspectivas y prácticas</i>. Buenos Aires: Granica.</p> <p>- Stewart, G.L. [et. al.] <i>Trabajo en equipo y dinámica de grupos</i> (2003) Barcelona: Limusa Wiley, cop.</p>
<p>5. DIDÁCTICA DE LA SALUD EN LA ESCUELA</p>	<p>- El grupo. Características y tipos de grupos. Modalidades de agrupamiento. Técnicas de dinámica de grupos.</p> <p>- Didáctica de la salud. Planificación y programación docente en el área de la salud. Delimitación de necesidades de aprendizaje y operativización de la acción promotora de salud. Detección de conocimientos previos de salud.</p> <p>- Técnicas educativas para las intervenciones de promoción de salud en la escuela.</p> <p>- Entornos de aprendizaje en la escuela. Tipología de materiales y recursos didácticos en el marco escolar (en el aula y fuera de ella).</p> <p>- Evaluación de los aprendizajes de salud en la escuela. Concepto y tipos de evaluación del aprendizaje, técnicas e instrumentos de evaluación didáctica. Autoevaluación como modo de mejora de la calidad educativa.</p> <p>- Medidas de atención a la diversidad.</p>	<p>- Ainscow, M. (2001): Necesidades especiales en el aula. Guía para la formación del profesorado. Narcea, Madrid.</p> <p>- Alonso Tapia, J. (1991). <i>Motivación y aprendizaje: cómo enseñar a pensar</i>. Madrid: Santillana.</p> <p>- Escribano, A. <i>Aprender a enseñar: fundamentos de didáctica general</i>. 2ª ed. (2004). Cuenca: Servicio de publicaciones de la Universidad de Castilla la Mancha.</p> <p>- F. Juárez (2001). <i>Educación en el aula: actividades para trabajar en educación para la salud</i>. Madrid: Eneida.</p> <p>- Gilbert, I. (2005). <i>Motivar para aprender en el aula: las siete claves de la motivación escolar</i>. Barcelona: Paidós Ibérica.</p> <p>- Gómez Hurtado, Inmaculada & García Prieto, Fco. Javier [coords.] (2014). <i>Manual de Didáctica. Aprender a enseñar</i>. Madrid: Pirámide.</p> <p>- Molina, M.C; Fortuny, M. eds. (2003). <i>Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención</i>. Barcelona: Laertes, S.A.</p> <p>- Puigdemívol I. (1998): <i>La educación especial en la escuela integrada</i>. Graó, Barcelona.</p>

		-Moriña Díez, Anabel (2008). <i>La escuela de la diversidad</i> , Síntesis. Madrid.
6. LA COMUNICACIÓN EDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Modelos de comunicación-educación. - El proceso comunicativo: elementos básicos. Comunicación verbal y no verbal. - Espacios y ámbitos de comunicación en la escuela. Medios de comunicación social. - Comunicación didáctica y dinámica de grupos. - La actitud de comunicar: habilidades sociales comunicativas en la escuela. Herramientas para la comunicación eficaz. - Comunicación y TICS: recursos y modalidades comunicativas en la sociedad digital. Comunicación educativa en la red. 	<ul style="list-style-type: none"> - Albaladejo, M. (2007). <i>La comunicació més enllà de les paraules. Què comuniquem quan creiem que no comuniquem</i>. Barcelona: Graó. - Bimbela, J. L. y Navarro, B. (2005). <i>Cuidando al formador: habilidades emocionales y de comunicación</i>. Granada: Junta de Andalucía. Consejería de Salud: Escuela Andaluza de Salud Pública. - Cuadrado, I. y Fernández, I. (2011). <i>La comunicación eficaz con los alumnos. Factores personales, contextuales y herramientas TIC</i>. Madrid: Wolters Kluwer. - Jover, G., García, J.M. (2009) <i>Hablar, escuchar, conversar. Teoría y práctica de la conversación en las aulas</i>. Barcelona. Ed. Octaedro. - Kaplún M. (1998). <i>Una pedagogía de la comunicación. Proyecto didáctico Quirón. Medios de comunicación y enseñanza</i>. Barcelona: Ediciones de la Torre.
7. ROL DOCENTE Y ÉTICA PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Rol del educador. - Fundamentos de la educación para la salud en los centros escolares y en la sociedad actual. - Líneas de acción básicas y actitudes éticas para la docencia. - Principios éticos reguladores de las funciones pedagógicas en el ámbito escolar. Regulaciones deontológicas en el área educativa. - Intervención educativa y componentes afectivos y relacionales del aprendizaje escolar. - El alumno como protagonista de aprendizaje. - El aula como grupo social. Normas de grupo, roles y responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altarejos, F. [et. al.] (1998). <i>Ética docente: elementos para una deontología profesional</i>. Barcelona: Ariel Educación. - Bisquerra, R. (2009). <i>Psicopedagogía de las emociones</i>. Madrid: Síntesis. - García López, R.; Jover Olmeda, G.; Escámez Sánchez, J. (2010). <i>Ética profesional docente</i>. Madrid: Síntesis. - Medina, J.L. <i>La profesión docente y la construcción del conocimiento profesional</i>. (2006). Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata, cop. - Romans, M.; Petrus, A.; Trilla, J. (2000): <i>De profesión educador(a) social</i>. Barcelona: Paidós
8. CREATIVIDAD E INNOVACIÓN EN LA PRÁCTICA EDUCATIVA DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación en la práctica educativa de la salud. - Enseñanza en la sociedad digital. La tecnología como soporte del proceso de enseñanza-aprendizaje. - Manejo de herramientas TIC para la generación de contenido digital. - E-learning: integración de las TICS en la educación. - Portales educativos y redes como estrategia didáctica de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Casanova, M.A. (2006). <i>Diseño curricular e innovación educativa</i>. Madrid: La Muralla. - Latorre, A., Del Rincón, D. Arnal. J. (1996) <i>Bases metodológicas de la investigación educativa</i>. Barcelona: GR92 - Ríos, J.M.; Ruiz, J. (coord.). <i>Competencias TIC e innovación: nuevos escenarios para nuevos retos</i>. (2011). Alcalá de Guadaíra: MAD
9. LIDERAZGO EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo educativo. Tipos de liderazgo en el ámbito educativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Álvarez, M. <i>El liderazgo educativo y la profesionalización docente</i>. (2001). Buenos Aires: Condusec.

	<ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo en el aula (autoritario, permisivo, democrático. Principios básicos para el establecimiento de reglas. El control del aula (conductas disruptivas del alumnado) - Habilidades sociales para liderar grupos (planificar, delegar y motivar). - Figura del mediador. Gestión de conflictos y negociación. Modelos y estrategias de mediación escolar. - Inteligencia emocional y gestión del estrés. Gestión del tiempo y del cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Benneett, N.; Crawford, M.; Cartwright, M. (eds.). <i>Effective educational leadership</i>. (2003) London: Open University in association with Paul Chapman Pub. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications - Boqué, M.C. (2003). <i>Cultura de mediación y cambio social</i>. Barcelona: Gedisa. - Diez, F.; Tapia, G. (1999). <i>Herramientas para trabajar en mediación</i>. Buenos Aires: Paidós - Lorenzo, M. <i>El liderazgo educativo en los centros docentes: técnicas de formación reflexiva y colaborativa</i>. (1994) La Muralla, cop. - Sarrado, J.J.; Ferrer, M. (2003). <i>La mediación: un reto para el futuro. Actualización y prospectiva</i>. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A. - Veiga, R. (2009). <i>Entrenando a entrenadores en mediación escolar: guía práctica para la formación de mediadores</i>. Denia: Acuerdo Justo.
10. PROYECTO EDUCATIVO DE SALUD EN LA ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> - Programación de una acción formativa de salud en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rochón, A. (1996). <i>Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto</i>. Barcelona: Masson.

Fuente: UB, 2017; UB, 2017b; UNED, 2017; UNED, 2017b; UOC, 2017

12.6. Modalidad de la formación y recursos

Se trata de una acción formativa mixta, más conocida como b-learning⁹⁴, distribuida en sesiones presenciales y a distancia. Se ha escogido dicha modalidad por las numerosas ventajas contrastadas por los expertos en la temática.

El b-learning deriva de la mezcla del entorno convencional “cara a cara” con las potencialidades generadas por los ambientes virtuales, provocada por la expansión de las TIC en el aprendizaje. Se instruye como una modalidad pedagógica unificadora (Turpo, 2013). La combinación entre sesiones presenciales y online brinda al alumnado más posibilidades de adaptarse al proceso de enseñanza administrado por el docente, permitiendo cursar virtualmente los contenidos a su propio ritmo, y tomando conciencia del avance efectuado, con el fin de no rezagarse en las actividades y asignaciones que se marcan en la planeación del curso, a través de las sesiones presenciales. Las sesiones presenciales complementan en gran medida el desarrollo de los contenidos

⁹⁴ Blended Learning method.

que se administran en la plataforma tecnológica, además, permite el contacto directo entre alumno y docente despertando en los alumnos el interés por desarrollar las habilidades y destrezas en su aprendizaje (Mortis, Del Hierro, García, & Manig, 2015). En esencia, el b-learning combina lo mejor de ambas modalidades proporcionando el equilibrio entre flexibilidad e interactividad, signada por la tecnología (Turpo, 2006). Por estos motivos, se apuesta por una propuesta bimodal en que se incorporan a las clases presenciales, las ventajas de la interactividad telemática, con la intención de que los alumnos desarrollen habilidades generales sobre la educación para la salud en la escuela, a través de la indagación y la experimentación.

Para la acción formativa no presencial se contará con un soporte digital que integrará las herramientas y recursos necesarios para su gestión. Se llevará a cabo a través de la plataforma Moodle puesto que constituye un sistema de gestión de código abierto, es accesible y dispone de una gran funcionalidad para la administración del curso y para el aprendizaje dinámico e interactivo del alumno. Es altamente flexible en lo que se refiere a afrontar trabajos colaborativos y constituye una buena herramienta de comunicación en un entorno de constructivismo social, tanto de carácter asíncrono (foros, tableros, correo, entre otros), como sincrónico, (sistema de mensajería, chat, videoconferencia, entre otros). También ofrece servicios de evaluación y presentación de informes que pueden garantizar y controlar el cumplimiento de la formación esperada⁹⁵. Asimismo, se contará con el equipamiento específico y la maquinaria necesaria para el desarrollo de la acción formativa presencial: aula, equipada con mobiliario docente adecuado al número de alumnos. Las instalaciones y equipamientos deberán cumplir con los requisitos mínimos en lo que respecta a condiciones higiénicas, sanitarias, de seguridad y accesibilidad, garantizando las adaptaciones pertinentes a los alumnos con discapacidad⁹⁶. Por último, se entregará a los participantes el material didáctico básico necesario para el adecuado desarrollo de la acción formativa.

Para la ordenación y secuenciación de los contenidos se han seguido las directrices planteadas por Gallegos (1998), el cual sugiere que debe permitir al alumno ir progresando de forma paulatina, tanto en cantidad como en generalización y en abstracción. Desde esta perspectiva, en la presente propuesta se ha tenido en cuenta

⁹⁵ Información extraída de la web oficial Moodle.org.

⁹⁶ Atendiendo al Real Decreto 420/2015, de 29 de mayo, de creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universitarios. BOE-A-2015-6708

la globalidad de los contenidos que se pretendían enseñar, tratando de no caer en la presentación de conceptos y habilidades aisladas, sin una comprensión de los principios básicos. Por otro lado, se han tratado todos los módulos de la misma manera, para que no primen unos en detrimento de otros. Asimismo, se han evitado las repeticiones innecesarias y los saltos bruscos de unos contenidos a otros. Sólo así se garantiza que el alumno pueda percibir la intrínseca relación entre los contenidos que se le presentan, lo que favorece su aprendizaje significativo.

La forma en la que se impartirán los contenidos viene marcada por la metodología elegida. La formación teórico-práctica constituye el eje central de la presente propuesta, ofreciendo la posibilidad de trabajar los contenidos desde una perspectiva no sólo teórica, sino también práctica y dinamizadora, proporcionando formación tanto en el área del saber enfermero como pedagógico, de tal forma que se habilite al educando para ejercer la educación en salud en la escuela. Así, cada módulo se fragmenta en una parte expositiva teórica en la que se procede a la contextualización y exposición de la información creando un marco referencial, y una parte práctica que permite la síntesis y comprensión del aprendizaje a través de la experimentación: seminarios, talleres, juego de roles, trabajos de grupo pactados, lectura y visualizaciones recomendadas, discusión de casos, en definitiva, tareas para realizar en el aula o fuera de ésta, que permitirán al alumno tomar realmente conciencia de la complejidad del contexto escolar (De Miguel, 2006). Siguiendo la esencia constructivista de la enseñanza, se partirá de los conceptos básicos o fundamentales, sobre los que se construirán los demás o, al menos, proporcionen puntos de referencia y de anclaje en las estructuras mentales del alumnado en lo que respecta a la promoción de salud en el entorno escolar. A lo largo de toda la acción formativa se tendrán en cuenta las capacidades y los conocimientos y experiencias previas de los alumnos, adaptando los contenidos siempre que sea necesario para que resulten comprensibles (Gallegos, 1998).

El grado de interacción con el alumno se prevé alto, de tal forma que éste no sólo disponga del contenido previamente colgado en Moodle sobre cada uno de los módulos propuestos, sino que puede acudir al profesor-tutor y orientador del proceso si tiene alguna duda. Dicha interacción puede ser a través de foros, correo electrónico, chat, o bien en las sesiones presenciales o tutorías pactadas. Esto favorece un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y significativo (De Miguel, 2006). Se prevén como mínimo

dos sesiones presenciales por cada módulo: una para la presentación y contextualización del contenido de dicho módulo y otra para la puesta en marcha y contrastación de las actividades planteadas. En lo que se refiere al módulo del Proyecto que dura todo un trimestre se lleva a cabo de forma virtual, con posibilidad de tutorías presenciales hasta la finalización del mismo.

12.7. Planificación y cronograma

La duración planteada para el adecuado desarrollo e integración de los contenidos es la de un curso escolar. El cronograma que se presenta en la siguiente tabla (Tabla 88) puede ser adaptado a las diferentes circunstancias y posibilidades del contexto académico en el que se lleve a cabo, debiendo garantizar como mínimo la exposición de los contenidos más importantes de cada módulo propuesto.

Tabla 88. Cronograma de la propuesta formativa. Elaboración propia.

MÓDULO	Trimestre 1			Trimestre 2			Trimestre 3		
	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
1. Sistema educativo y currículum escolar	S1 S2								
2. Psicología de la educación		S1 S2							
3. La salud en la escuela			S1 S2						
4. Equipo y escuela				S1 S2					
5. Didáctica de la salud en la escuela					S1 S2				
6. La comunicación educativa						S1 S2			
7. Rol docente y ética profesional							S1 S2		
8. Creatividad e innovación en la práctica educativa de salud								S1 S2	
9. Liderazgo educativo									S1 S2
10. Proyecto educativo de salud en la escuela							T1	T2	T3

*S1: Sesión 1; S2: Sesión 2; T1: Tutoría 1; T2: Tutoría 2; T3: Tutoría 3

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, A., & Ruiz, N. (2014). *Análisis cualitativo con el ATLAS.ti*. [versión electrónica]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10669/11090>
- Actas de la I Jornada Nacional de Formación y Educación para la Salud*. (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ACTASFormacionGrados.pdf>
- Aibar, C. (2007). Promoción de la salud en la enseñanza de las ciencias de la salud. En *Actas de la I Jornada Nacional de Formación y Educación para la Salud* (pp. 24–27). Madrid: MSSSI. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ACTASFormacionGrados.pdf>
- Alby, J. C. (2004). La concepción antropológica de la medicina hipocrática. *Enfoques XVI*, (1), 5–29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25900102>
- Alexander, M. F., & Runciman, P. J. (2003). Marco de las competencias del CIE para la enfermera generalista. doi: 10.1016/S0212-5382(07)70907-X
- Álvarez, F. J., González, E., & Robledo, T (coords.). (2004). *Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud* [versión electrónica]. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE). Ministerio de Educación y ciencia. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/docs/medioEscolar.pdf>
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós.
- Amat, O. (1998). *Aprender a Enseñar. Una visión práctica de la formación de formadores* (4a ed.). Barcelona: Gestión 2000.
- AMECE. (2010). *Perfil de la enfermera escolar elaborado por la asociación madrileña de enfermería en centros educativos*. Madrid: Asociación madrileña de enfermería en centros educativos, AMECE. Recuperado de <http://www.amece.es/imagenes/perfil.pdf>
- ANAR. (2015). *Informe Anual 2015-Teléfono ANAR: Problemas detectados en la Infancia y la Adolescencia en España*. Fundación ANAR-Ayuda a niños y adolescentes en riesgo [sitio web]. Recuperado de <http://www.anar.org/wp-content/uploads/2016/06/Informe-Anual-2015-Teléfono-ANAR.pdf>
- Andradas, E., Astorga, M. A., Campos, P., Cepeda, T., Gil, A., Jiménez, M.,... Zuza, I. (coords.). (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)*. [versión electrónica]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Centro de publicaciones. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/do>

cs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf

- Arboleda, J. C. (2011). *Competencias Pedagógicas: conceptos y estrategias para el fortalecimiento, evaluación y comprensión de la práctica formativa*. Bogotá, Colombia: Editorial Redipe.
- Aristizabal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez, A., & Ostiguín, R.M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16–23. doi: 10.22201/eneo.23958421e.2011.4.32991
- Ariza, C., Continente, X. (coords.). (2014). *Avaluació del Programa Salut i Escola: Barcelona. Curso escolar 2012-13*. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona. Agència de Salut Pública. Recuperado de http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/salut-publica-i-serveis-sanitaris/comite-operatiu-de-prevencio-i-salut-comunitaria-copisc/2_PSiE/2_avaluacio_se_12-13.pdf
- Ariza, C., Serral, G. (coords.). (2018). *Avaluació del Programa Salut i Escola: Barcelona. Curs escolar 2016-17*. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona. Agència de Salut Pública. Recuperado de <http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2018/04/PSiE2016-17.pdf>
- Atención primaria ambiental para el siglo XXI. (1998). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4(4), 290-5. doi: 10.1590/S1020-49891998001000020
- Baisch, M. J., Lundeen, S. P., & Murphy, M. K. (2011). Evidence-Based Research on the Value of School Nurses in an Urban School System. *Journal of School Health*, 81(2), 74–80. doi: 10.1111/j.1746-1561.2010.00563.x
- Beldarraín, E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62–70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21428107.pdf>
- Bellido, J., Ríos, A., & Fernández, S. (2010). Modelo de cuidados de Virginia Henderson. En J. C. Bellido & J. F. Lendínez (Coords.), *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN* (1a ed., pp. 17–33) [versión electrónica]. Jaén, España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Benito, A. (2007). La LOE ante el fracaso, la repetición y el abandono escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 43(7), 7. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358751&info=resumen&idioma=SPA>
- Bersh, D. (1987). El fenómeno de la salud. Bogotá: OPS-OMS-ICFES-ASCOFAME.
- Bermúdez, M. P., Castro, A., Madrid, J., & Buena-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 89–103.
- Bernal, A., & Ibarrola, S. (2015). Liderazgo del profesor: objetivo básico de la gestión educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 67, 55–70. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5082914>
- Bernal, J. L. (2014). Funciones de los directores escolares: una nueva función pública

- hacia el gerencialismo. *Forum Aragón*, (12), 18–27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4754455>
- Bernués, L., & Peya, M. (coords.). (2004). *Libro Blanco: Título de Grado de enfermería*. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Recuperado de http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Best, N. C., Oppewal, S., Travers D. (2018). Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. *Journal of School Nursing*, 34(1), pp. 14-27. doi: 10.1177/1059840517745359
- Birdthistle, I., & WHO Dept. of Health Promotion/NCD Prevention and Surveillance. (2000). *Improving health through schools: national and international strategies* (Technical Document WHO/NMH/HPS/00.1. WHO/SCHOOL/00.1). Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/66314>
- Blanco, R., Umayahara, M. (Coords.). (2004). *Participación familiar en la educación infantil latinoamericana*. Santiago, Chile: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
- Blasco, R. M. (Coord). (2005). *Proyecto para la adecuación de la formación enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior*. Madrid: Consejo General de Enfermería.
- Bolívar, A. (2006). Familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en común. *Revista de Educación*, (339), 119–46. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/revista-de-educacion/numeros-revista-educacion.html>
- Bolívar, A. (2010). El liderazgo educativo y su papel en la mejora: una revisión actual de sus posibilidades y limitaciones. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 9(2). Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/112/140>
- Bonner, A., & Stewart, G. (2001). Development of competency based standards: An application of the Delphi research technique. *Nurse Researcher*, 9(1), 63–72. Recuperado de <https://search-proquest-com.sire.ub.edu/docview/200808847?accountid=15293>
- Boyce, T., & Holmes, A. (2012). Addressing Health Inequalities in the Delivery of the Human Papillomavirus Vaccination Programme: Examining the Role of the School Nurse. *PLoS ONE*, 7(9), 1–7. doi: 10.1371/journal.pone.0043416
- Briones, I. M. (2014). Análisis de la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad de la Educación y su repercusión sobre la libertad de conciencia y la educación en familia. En I. M. Briones (Ed.), *Educación en familia. Ampliando derechos educativos y de conciencia* (pp. 39–88). Madrid: Dykinson, S.L.
- Buijs, G. (2013). *SHE strategic plan 2013-2016*. Schools for Health in Europe [sitio web]. Recuperado de http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE%20Strategic%20plan%202013-2016_%20FINAL.pdf
- Caballero, E., Moreno, M., Sosa, M. E., Mitchell, E., Vega, M., & Columbié, L. A. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista Infodir*, (15). Recuperado de <http://bvs.sld.cu/revistas/infdir/n1512/infdir06212.htm>

- Cabero, J., & Infante, A. (2014). Empleo del método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. *Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, (48), 1–16. Recuperado de <http://www.edutec.es/revista/index.php/edutec-e/article/view/187/18>
- Cabero, J., & Llorente, Mc. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). *Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7(2), 11–22. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4857163>
- Cabezas, C., Corominas, P., Jane, M., Prats, R., Coll, M., & Sales, R. (2010). *Del Programa Salut i Escola (PSiE) al Pla Salut, Escola i Comunitat (PSEC): Pla transversal per a la Promoció i l'Educació de la salut en infants i joves*. Recuperado de http://www.xtec.cat/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/2822d0b6-7bf9-4fac-84ec-6a78708f0683/Doc_Marc_PSEC.pdf
- Cabrera, L. & Rosales, C. (2017). Aplicación de la metodología mixta en un estudio Delphi sobre calidad educativa en enseñanza secundaria obligatoria. *Campo Abierto*, 36(1), 65-81. doi: 10.17398/0213-9529.36.1.65
- Campo, M. F., Segovia, R., Martínez, P.P., Rendón, H. J., & Calderón, G. G. (2013). *Competencias TIC para el desarrollo profesional docente*. [versión electrónica]. Colombia: Ministerio de Educación Nacional. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004
- Cárcamo, H. (2005). Hermenéutica y Análisis Cualitativo. *Cinta Moebio*, (23), 204–216. Recuperado de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26081/27386>
- Carretero, M. (1993). *Constructivismo y Educación*. Buenos Aires: Paidós.
- Carvalho, A. I., & Buss, P. (2008). Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. En: L. Giovanella, S. Escorel, L. Lobato, J. C., & Noronha (Eds.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil (pp. 141-66)*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.
- Casals, E., & Cuenca, E. (2010). *La Xarxa d'odontologia d'Atenció Primària davant el repte de les noves prestacions en escolars* (1a ed.) [versión electrónica]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya. Recuperado de http://www.coec.cat/_pdf/xarxa_odontologia_COEC.pdf
- Casals-Peidró, E. (2005). Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *RCOE*, 10(4), 389–401. doi: 10.4321/S1138-123X2005000400002
- Casasús, P., & Casasús, P. (n.d.). *Anorexia nerviosa-Intervención psicosocial en trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: MSSSI, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [sitio web]. Recuperado de <http://www.ingesa.msssi.gob.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/intervencionPsicoSoc.htm>
- Castro, M. L. (2001). Calidad de vida y promoción de la salud. En H. Restrepo & H. Málaga (Eds.), *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable* (pp. 56–63). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

- Cea D'Ancona, M. Á. (1996). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Cerezo, S., & Hurtado, C. (2012). Principales Aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 49–59. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v3n2/v3n2a4.pdf>
- Choque, R. (2005). *Comunicación y Educacion para la Promocion de la Salud*. Razón y palabra [sitio web]. Recuperado de <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- Colomina, P. (n.d.). *La Técnica Delphi aplicada a la investigación de mercados*. QuestionPro [sitio web]. Recuperado de <https://www.questionpro.com/blog/es/la-tecnica-delphi-aplicada-la-investigacion-de-mercados/>
- Choque, R. (2005). *Comunicación y Educacion para la Promocion de la Salud*. Razón y palabra [sitio web]. Recuperado de <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- Cook, T., & Reichardt, C.S. (2005); Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa (5ª ed.). Madrid: Morata.
- Collins, K., & O'Cathain, A. (2009). Ten points about mixed methods research to be considered bay the novice researcher. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 3, 2-7. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/mra.455.3.1.2>
- Coll, C., & Valls, E. (1992). El aprendizaje y la enseñanza de procedimientos. En C. Coll, J. I. Pozo, B. Sarabia & E. Valls. *Los contenidos en la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes*. Madrid: Santillana, 81-132 pp.
- Colomer, J., Soriano, F., Colomer, J., Cortés, O., Esparza, M., Galbe, J., ... Sánchez, F. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 261–269. Recuperado de <https://www-scopus-com.sire.ub.edu/record/display.uri?eid=2-s2.0-84885076139&origin=inward&txGid=9bc252b11f3363d6aec2194586114591>
- Constante, C. (dir.). (2015). *Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Corominas, P., Prats i Coll, R., & Coll, M. (coords.). (2008). *Programa salut i escola. Contingut i guia d' iimplantació* [versión electrónica]. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/per_perfiles/centres_educatius/programa_salut_i_escola/documents/arxiu/salutescola.pdf
- Cortés, A. (2014). El nuevo currículo LOMCE y el trabajo por competencias. *Forum Aragón*, (12), 30–34. Recuperado de

- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4754426>
- Cortina, A. (2000). Presentació, el sentido de las profesiones. En A. Cortina & J. Conill (Eds.), *10 Palabras clave en ética de las profesiones* (pp. 13–28). Navarra: Verbo Divino.
- Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Gutmann, M. L., & Hanson, W. E. (2003). Advanced Mixed Methods research designs. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of Mixed Methods in social and behavioral research* (pp. 209-240). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J.M. & Plano, C. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. California: Sage Publications.
- Cruz, M., & Martínez, M. (2012). Perfeccionamiento de un instrumento para la selección de expertos en las investigaciones educativas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 14(2), 146–158. Recuperado de <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/317>
- Cubero, J., Calderón, M., Costillo, E., & Ruiz, C. (2011). La educación para la salud en el espacio europeo de educación superior. *Publicaciones*, (41), 51–63. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3830750>
- Davó, M. C., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., & La Parra, D. (2008). Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 58–64. <http://doi.org/10.1157/13115112>
- De Miguel, M. (2006). *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de las competencias. Orientaciones para promover el cambio metodológico en el espacio europeo de educación superior*. Madrid: MEC; Universidad de Oviedo.
- De Miguel, V. (2015). *Percepcion de la violencia de genero en la adolescencia y la juventud* [versión electrónica]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Recuperado de http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigacion/es/2015/pdf/Libro20_Percepcion_Social_VG_.pdf
- DGT. (2014). *Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España 2014* [versión electrónica]. Madrid: Dirección General de Tráfico. Recuperado de http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/2015-2228_principales_cifras_de_la_Siniestralidad_Vial_2014_ACCESIBLE.pdf
- Díaz, A., & Díez, M. (coords). (2011). *Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
- Díaz, F., & Hernández, G. (1999). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. México, D.F.: McGraw-Hill

Interamericana Editores, S.A.

- Domínguez, B. (2006). Educación para la salud en el ámbito escolar. En AEPap (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría* (pp. 187-200) [versión electrónica]. Madrid: Exlibris Ediciones. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/educacion_salud_escuela.pdf
- Dunn, H. (1959). What High-Level Wellness Means. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 50(11), 447–57.
- Egido, I. (2014). Marcos normativos de la participación de las familias en los sistemas educativos europeos. Una visión comparada. En: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones MECD (Ed.). *La participación de las familias en la educación escolar* (pp. 35-56). Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Encinar, A. (2015). Enfermería Escolar. La situación hoy en día. *Revista Enfermería CyL*, 7(1), 56–61. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/144>
- Falcó, A. (2004). La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educación Médica*, 7(1), 42–45. Recuperado de <https://doaj.org/article/10db89bb6b39479f8d701effd9cf8dd?frbrVersion=2>
- Fernández, A. (2006). Metodologías activas para la formación por competencias. *Educación XXI*, (24), 35–36.
- Fernández, I. (2010). Evaluación como medio en el proceso enseñanza-aprendizaje. *Eduinnova. Revista Digital*, (24), 126–135. Recuperado de <http://www.eduinnova.es/sep2010/20evaluacion.pdf>
- Fernández, E. (2016). *Las TEP (Tecnologías del Empoderamiento y la Participación): su rol en el movimiento estudiantil chileno*. Chile: CIIET (Centro de Investigación e Innovación en Educación y TIC). Recuperado de <http://www.ciiet.cl/portal/index.php/columnas-de-opinion/73-columna-de-opinion-de-prueba.html>
- Fernández, F., Rebolledo, D. M., & Velandia, A. L. (2006). Salud escolar, ¿Por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? *Hacia La Promoción de La Salud*, 11, 21–28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126325004>
- Fernández, I. (2010). Evaluación como medio en el proceso enseñanza-aprendizaje. *Eduinnova Rev Digit*, (24), 126–35. Recuperado de <http://www.eduinnova.es/sep2010/20evaluacion.pdf>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fontanet, G. (2007) (dir. & coord.). *La enfermera en la escuela*. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.
- Fortuny, M., & Gallego, J. (1988). Educación para la salud. *Revista de Educación*, (287), 287–306. Recuperado de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle.action?cod=515>

- Fortuny, M., & Molina, M. C. (1998). *Educació per a la salut: Textos docents 137. Text-guía* (1a ed.). Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Fresquet, J. L. (1999). *Biografías: Rudolf Virchow (1821-1902)*. Historia de la Medicina [sitio web]. Recuperado de <http://www.historiadelamedicina.org/virchow.html>
- Frías, A. (2002). Los consejos escolares de centro en nuestra reciente historia legislativa. *Participación Educativa. Revista Del Consejo Escolar Del Estado*, 1, 8–14. Recuperado de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle.action?cod=14194>
- Gallego, J., & Aguirre, R. (2007). Conclusiones. Grupo de Trabajo de Formación continuada. En *Actas de la I Jornada Nacional de Formación y Educación para la Salud* (pp. 1–4). Madrid: MSSSI. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ACTAS FormacionGrados.pdf>
- Gallego, J., & Fortuny, M. (1988). Educación para la salud. *Revista de Educación*, (287), 287–306. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre287/re28713.pdf?documentId=0901e72b813c300e>
- Gallegos, J. A. (1998). La secuenciación de los contenidos curriculares: principios fundamentales y normas generales. *Revista de Educación*, (315), 293–315. Recuperado de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle.action?cod=463>
- García, A., Sáez, J., & Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. Apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones S.A.
- García, E. (2009). Aprendizaje y construcción del conocimiento. En C. López & M. Matesanz (Eds.), *Las plataformas de aprendizaje. Del mito a la realidad* (pp. 21–44). Madrid: Biblioteca Nueva.
- García, I. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista Española de Salud Pública*, 72(4), 285–287. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n4/editorial.pdf>
- García, J. (coord). (2003). *Recomanacions per a l'atenció dels trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència: Quadern de salut mental 6* (1a ed.). Barcelona: Gencat. Dept. de Sanitat i Seguretat Social.
- Garzón, A. (2015). El deber de las instituciones educativas en promover la salud: la educación para la salud en los centros escolares. En R. M. Zapata, E. Soriano, A. J. González, M. V. Márquez, & M. del M. López (Eds.), *Educación y Salud en una sociedad globalizada*. Almería: Universidad de Almería.
- Gavidia, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Espanola de Salud Publica*, 75(6), 505–515. doi: 10.1590/S1135-57272001000600003
- Gavidia, V. (2002). La escuela promotora de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales Y Sociales*, (16), 83–97. doi: 10.7203/dces..2911
- Gavidia, V. (2003). La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista Española de Salud Pública*, 77(2), 275–285. Recuperado de [---

Página 520](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-</p></div><div data-bbox=)

57272003000200010&lng=es&nrm=iso

- Gavidia, V. (2007). Formación en Promoción y Educación para la Salud de los profesionales de la educación. En *Actas de la I Jornada Nacional de Formación y Educación para la Salud* (pp. 12–15). Madrid: MSSSI. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ACTAS FormacionGrados.pdf>
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 175(26), 161–175. doi: 10.7203/dces.26.1935
- Gencat Dept Ensenyament. (2015). *Un currículum competencial per a l'educació primària: avançament*. Recuperado de http://xtec.gencat.cat/web/.content/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/0060/8756225a-eeda-4b31-b9b3-f4df03e0de5e/Quadriptic_decret.pdf
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Godson, R. (2013). 17th Biennial School Nurse International Conference. *Community Practitioner*, 86(10), 41–42. Recuperado de <http://search.proquest.com.sire.ub.edu/docview/1444595605?accountid=15293>
- Goiria, M. (2010). *Leyes de educación (1970-2010)* [Entrada blog]. La opción de educar en casa. Recuperado de <https://madalen.wordpress.com/2010/06/08/leyes-de-educacion-1970-2010/>
- Gol, J. (1977). La salud. En J. Alsina (Ed.), *Annals de Medicina: Seminari d'introducció als estudis de Salut Pública* (Vol. LXIII, pp. 1025–1040). Barcelona: Elite/Grafic.
- Gómez del Pulgar, M. (2013). *Evaluación de competencias en el espacio europeo de educación superior: un instrumento para el Grado de Enfermería*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/21343/>
- González, E. (2012). La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. *Enfermería comunitaria (rev. digital)*, 8(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7813.php>
- González, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: nuevas respuestas para viejos interrogantes. *Revista de Ciencias de La Educación*, (15), 227-246. Recuperado de http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/15/art_16.pdf
- González, J., & Wagenaar, R. (Eds.). (2004). *Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Proyecto Piloto Fase 2. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia*. [versión electrónica]. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto. Recuperado de http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/TuningEUI_Final-Report_SP.pdf
- González, M. D. (2006). *La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. Lección inaugural curso académico 2006-2007* [versión electrónica]. Huelva: Servicio de Publicaciones Universidad de Huelva. Recuperado de

<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4343/b1437626x.pdf?sequence=2>

- González-Anleo, J. (1991). *Para comprender la sociología*. Estella: Verbo Divino.
- Gorden, R.L. (1975). *Interviewing: strategy, techniques, and tactics*. Homewood, Illinois: Dorsey Presss
- Gordon, T.J. (1994). The Delphi method. AC/UNU Millennium Project, Futures Research Methodology, cit. en Mengual, S. (2011): La importancia percibida por el profesorado y el alumnado sobre la inclusión de la competencia digital en educación Superior. Alicante, Departamento de Didáctica General y Didácticas específicas.
- Graciela, H., & Jaramillo, C. (2006). *La educación sexual de niñas y niños de 6 a 12 años: guía para madres, padres y profesorado de Educación Primaria*. [versión electrónica]. Madrid: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Educacion y Ciencia. Recuperado de: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/la-educacion-sexual-de-ninas-y-ninos-de-6-a-12-anos-guia-para-madres-padres-y-profesorado-de-educacion-primaria/educacion/12059>
- Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A., & Riesco, N. (2011). Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 53–61. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx>
- Grisolia, M. (2008). La interdisciplinariedad en la enseñanza de las ciencias. Mérida, Venezuela: Facultad de Humanidades y Educación, Universidad de Los Andes. Recuperado de <http://webdelprofesor.ula.ve/humanidades/marygri/documents/PPD/Interdisciplinariedad.pdf>
- Guardián-Fernández, A. (2007). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa* [versión electrónica]. San José, Costa Rica: Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC) y Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Recuperado de <http://web.ua.es/en/ice/documentos/recursos/materiales/el-paradigma-cualitativo-en-la-investigacion-socio-educativa.pdf>
- Guba, E. G. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno & A. Pérez (Eds.), *La Enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 148–165). Madrid: Akal.
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. *Fermentum*, (53), 610–633. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/28660/1/articulo8.pdf>
- Guthrie, D. (1947). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores.
- Gutiérrez, F. J. (2004). Papel de la Enfermería en la Educación para la Salud. Complejo QPS. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3). Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/268/585>
- Gutiérrez, J. J. (coord). (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. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de publicaciones

- Hernández, A., & Guardado, C. (2004). La Enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(2), 1. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed.). México, D.F.: McGraw Hill/Interamericana Editores, S.A.
- Hernández, Z. (2012). *Métodos de análisis de datos: apuntes*. [versión electrónica]. Logroño: Universidad de la Rioja, Servicio de publicaciones. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/489791.pdf>
- Hernández-Díaz J., Paredes-Carbonell J.J., Torrens, R.M. (2014). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Atención Primaria*; 46(1), 40–7. doi: 10.1016/j.aprim.2013.07.006
- Herrera, A. M. (2009). El constructivismo en el aula. *Innovación y experiencias Educativas*, (14), 1-10. Recuperado de https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_14/ANGELA%20MARIA_HERRERA_1.pdf
- Hesslow, G. (1993). Do we need a concept of disease? *Theoretical Medicine*, 14(1), 1–14. doi: 10.1007/BF00993984
- Hoffman, R. R., Shadbolt, N., Burton, A. M. y Klein, G. A. (1995). Eliciting knowledge from experts: A methodological analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 62, 129-158.
- Hopkins, J. N. (2007). The Cloaca Maxima and the Monumental Manipulation of Water in Archaic Rome. *The Waters of Rome*, (4), 1–15. Recuperado de: <http://www3.iath.virginia.edu/waters/Journal4Hopkins.pdf>
- Hurtado, I., & Toro, J. (2007). *Paradigmas y métodos de Investigación en tiempos de cambio. Modelos de conocimiento que rigen los procesos de investigación y los métodos científicos expuestos desde la perspectiva de las ciencias sociales.* Caracas, Venezuela: CEC, SA.
- Ibarra, G. (2007). Ética y valores Profesionales. *Reencuentro*, (49), 43–50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34004907>
- IFIIE. (n.d.). *Red de Escuelas para la Salud en Europa: Resumen del Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa, del Ministerio de Educación, acerca de la red de Escuelas para la Salud en Europa, red SHE.* Madrid: Ministerio de Educación. Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa. Recuperado de: <http://www.educacion.navarra.es/documents/27590/188173/Red+SHE+Objetivos,Principios,Historia/b271813e-2ed9-4ecc-b067-137da3378557>
- INE. (2015). *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género* (Notas de prensa, 7 de junio de 2016). Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

- Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np972.pdf>
- INE. (2016). *Defunciones según la Causa de Muerte: Año 2014* (Notas de prensa, 30 de marzo de 2016). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2015). Gasto público en educación respecto al PIB [web de la estadística oficial de Cataluña IDESCAT]. Recuperado de <https://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8308&lang=es>
- Investing in Health. Commission Staff Working Document Social Investment Package.* (2013). Brussels: European Commission. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/swd_investing_in_health_1.pdf
- Iommi, V. (2010). Girolamo Fracastoro and the invention of syphilis. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, 17(4), 877–884. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17n4/02.pdf>
- IPF. (2015). El aborto en España (1985-2013). Madrid: Instituto de Política Familiar Federación Internacional. Recuperado de http://www.abortoinformacionmedica.es/wp-content/uploads/2015/01/el-aborto-en-espana_1985_2013.pdf
- Isla, P. (2004). ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. *Enfermería Clínica*, 14(3), 152–6.
- Isla, P., Caja, C., & López, C. (1993). Educación sanitaria. En C. Caja & R. López (Eds.), *Enfermería Comunitaria III* (pp. 185–193). Barcelona: Masson S.A.
- IUHPE. (2000a). *The evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education* (Part one. Core document) [version electronica]. Recuperado de http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/EFFECTIVENESS/HPE_Evidence-1_EN.pdf
- IUHPE. (2000b). *The evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education* (Part two. Evidence book) [version electronica]. Recuperado de http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/EFFECTIVENESS/HPE_Evidence-1_EN.pdf
- Jané, M., Amorós, P., Molina, M. C., Vidal, M. J., Mateu, A. (2013). *Pla de salut afectiva i sexual (PSAS): Promoció i prevenció en la infància i l'adolescència, amb especial èmfasi en la població vulnerable* (1a ed.) [versión electrónica]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. Departament de Salut. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11351/1277>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89(67), 67–77. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000100005&script=sci_arttext

- Jáuregui, I. (2008). Educación para la salud y educación nutricional: el papel de las nuevas tecnologías. *Revista Iberoamericana de Educación*, (46), 3–25.
- Johnson, B. y Onwuegbuzie, A. (2004, October). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. Recuperado de <http://edr.sagepub.com/cgi/content/abstract/33/7/14>
- Jori, G. (2012). La política de la salud en el pensamiento ilustrado español. Principales aportaciones teóricas. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 16(418). Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-418/sn-418-16.htm>
- Juvinyà, D. (2008). *L'educació per a la salut a l'escola i el paper del professorat*. (Tesis doctoral). Universidad de Gerona, Gerona. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/7981>
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, (53), 205–212. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x
- Kennedy, H. (2004). Enhancing Delphi research: methods and results. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 504-511.
- Keil, G. (2011). *Comunicación en el ámbito escolar en relación con los procesos de enseñanza y aprendizaje. Análisis de la interacción docente-alumno*. Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104122.pdf>
- Keila, N., & Parra, F. (2014). El docente y el uso de la mediación en los procesos de enseñanza y aprendizaje. *Revista de Investigación*, 38(83), 155–180. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-29142014000300009
- Kérouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (1996). *El pensamiento enfermero* (1a ed.). Barcelona: Masson.
- Krippendorff, K. (1991). *Metodología del análisis de contenido*. Buenos Aires: Paidós-Comunicación.
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document* [versión electrónica]. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Recuperado de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Landeta, J. (2002). El método Delphi. Una técnica de previsión del futuro. Barcelona: Ariel S.A.
- Landete, L. (2012). La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica*, (16), 16–19. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069152>
- Lázaro, L. (2012). Educación para la salud mediante una plataforma europea: red SHE. *Arista Digital*, (16), 24–31.
- Leal, A. (2014). El Conocimiento Didáctico del Contenido (CDC): una herramienta que contribuye en la configuración de la identidad profesional del profesor. *Magistro*,

- 8(15), 89–110. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5023852>
- Leger, L. . (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health. A review of the claims and evidence. *Oxford Journals*, 14(1), 51–69. doi: 10.1093/her/14.1.51
- León, G. & Montero, I. (2004). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Llodra, J. (2012). Encuesta de Salud Oral en España 2010. *RCOE*, 17(1), 13–46. Recuperado de <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE4/RCOE4.pdf>
- López, J. A. (1984). Pronóstico y terapia en el tratado hipocrático “sobre los aires, aguas y lugares”. *Epos*, (1), 103–118. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/EPOS/article/view/9410/8966>
- López, R. (2013). Ética profesional en la educación superior. *Perfiles Educativos*, XXXV(142), 2-5. Recuperado de <http://www.iisue.unam.mx/perfiles//numeros/2013/142>
- López, R. E., & Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, (61), 1–19. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
- López-Gómez, E. (en prensa). (2018). El método delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica. *Educación XX1*, 21(1), 17-40. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/20169>
- Luengo, J. (2004). La educación como objeto de conocimiento. El concepto de educación. En M. Pozo, J. Álvarez, J. Luengo, & E. Otero (Eds.), *Teorías e instituciones contemporáneas de educación* (pp. 30–47). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Majó, J., & Marquès, P. (2001). *La revolución educativa en la era Internet*. Barcelona: CissPraxis.
- Malla, F. G. & Zabala (1978). La previsión del futuro en la empresa (III): El método Delphi. *Estudios Empresariales*, 39, 13-24. Facultad de Alicante.
- Marqués, P. (2000). *Impacto de las TIC en educación: funciones y limitaciones*. Barcelona: Universitat Autònoma Barcelona. Recuperado de <http://peremarques.pangea.org/siyedu.htm>
- Marriner, A., & Raile, M. (2008). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Martínez, F. (2013). *Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki* [Entrada blog]. Promoción y Educación para la salud. Recuperado de <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>
- Martínez, J. (2011). Métodos de Investigación Cualitativa. *Revista de Investigación Silogismo*, 1(8), 1-43. Recuperado de <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64>
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.

- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817. Doi: 10.1037//0003-066X.35.9.807
- McCormack, K. & Torabi, M. R. (dir). (2012). Report of the 2011 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *American Journal of Health Education*, 43(2), 1–19. Recuperado de: <https://search-proquest-com.sire.ub.edu/docview/947248416?accountid=15293> Base de datos ProQuest
- Mckeown, T., & Lowe, C. R. (1986). *Introducción a la medicina social*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona.
- Melo, L., Wegner, W., & Pinto, M. I. (2007). Health education: a strategy of care for the lay caregiver. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 337–343. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200022>
- Molerio, O., Otero, I., & Nieves, Z. (2007). Aprendizaje y desarrollo humano. *Revista Iberoamericana de Educación*, 3(44), 1-9. Recuperado de <https://rieoei.org/RIE/article/view/2244>
- Mondragón, M. C. (2013). *Enseñanza y Aprendizaje de la gramática y ortografía en la Educación Secundaria Obligatoria a través de los libros de texto*. (Tesis doctoral) Universidad de Almería, Almería.
- Monge, A. (2003). Liderazgo educativo y retos de la educación superior en le siglo XXI: hacia la visión y la acción. *Revista electrónica Educare*, (4), 61-75. Recuperado de <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/1019/943>
- Monsalve, L. (2013). *Políticas educativas en educación para la salud en la unión europea: Estudio comparado*. (Tesis doctoral) Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Valencia. Recuperado de [http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/31150/Tesis Doctoral Laura Monsalve septiembre 2013.pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/31150/Tesis%20Doctoral%20Laura%20Monsalve%20septiembre%202013.pdf?sequence=1)
- Monsalve, L., Gallego, J., & Aguilar, J. M. (2013). Estudio analítico-comparado sobre las políticas educativas en educación para la salud en la Unión Europea. *Psychology, Society & Education*, 5(2), 163–174. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4761744>
- Montes de Oca, N., & Machado, E. F. (2011). Estrategias docentes y métodos de enseñanza-aprendizaje en la Educación Superior. *Revista Humanidades Médicas*, 11(3). Recuperado de <http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/127/81>
- Mora, H. (2004). *Criterios de validez y triangulación en la investigación social "cualitativa": una aproximación desde el paradigma naturalista*. Escuela de Antropología. Facultad de Artes, Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Católica de Temuco. Recuperado de http://www.academia.edu/1099259/Validez_y_triangulaci%C3%B3n_en_investigaci%C3%B3n_cualitativa

- Morales, E. M. (2009). Los conocimientos previos y su importancia para la comprensión del lenguaje matemático en la educación superior. *Universidad, Ciencia Y Tecnología*, 13(52), 211–213. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131648212009000300004&lng=es&tlng=es
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez, I., Jiménez, A., García, I., & Fuchs, N. (2013). *Los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles a lo largo de la primera década del milenio: El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010* [versión electrónica]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2010/Comparativo2002_2006_2010.pdf
- Moreno, P.M. (2002). Diseño y planificación del aprendizaje. Biblioteca “Daniel Cosío Villegas”. Curso de formación de formadores de usuarios. Recuperado de http://biblio.colmex.mx/curso_formacion_formadores/NdC%20de%20Fdf.pdf
- Morín, V. (2014). *Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física en personas entre 45 y 75 años una interpretación a partir del modelo de promoción de la salud de Pender*. (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/59753>
- Mortis, S. V., Del Hierro, E., García, R. I., & Manig, A. (2015). La modalidad mixta: un estudio sobre los significados de los estudiantes universitarios. *Innovación Educativa*, 15(68), 73–97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1794/179442126006/>
- Morse, J. (1998). Designing Funded Qualitative Research. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds.). *Strategies of Qualitative Inquiry* (pp. 56-85). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- MSSSI. (2016a). *Encuesta Europea de Salud en España 2014 [INE]+La serie ENSE [MSSSI]=Tendencias de salud en 30 indicadores*. (Informe de la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación). Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
- MSSSI. (2016b). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 2014-2015)*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/PRESE110216175655007.pdf>
- Muñoz, R., Gil, G., Egido, I., Buckhardt, E., Calzón, J., García, B.,... Delgado, M. (1992). Principios generales del sistema educativo. Marco legislativo. Preceptos constitucionales. En *El sistema educativo español 1991* (pp. 17–24) [versión electrónica] Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría General Técnica. Recuperado de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/el-sistema-educativo-espanol-1991/administracion-educativa/745>
- Naranjo, M. (2006). Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud*, 4(2), 34–

7. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005&lng=es&tlng=es.
- Navarro, B., & Bimbela, J. L. (2005). Modelos en Educación sanitaria. En I. Úbeda, M. Roca & C. Caja (Eds.), *Instrumentos para la práctica profesional de la enfermera comunitaria* (pp. 107–122).
- NCHEC. (2016). *Health Education Job Analysis Projects*. Recuperado de <https://www.nchec.org/health-educator-job-analysis-projects>
- NCHEC. (2016b). *Responsibilities and Competencies for Health Education Specialists*. Recuperado de <https://www.nchec.org/responsibilities-and-competencies>
- Nordenfelt, L. (1993). On the relevance and importance of the notion of disease. *Theoretical Medicine*, 14(1), 15–26.
- Noreña, A. L., Alcaraz, N., Rójas, J. G., & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigos y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. Doi: 10.5294/aqui.2012.12.3.5
- OECD. (2005). *The definition and selection of key competencies: Executive Summary*. Recuperado de <http://www.oecd.org/pisa/35070367.pdf>
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015. OECD Indicators* [versión electrónica]. París: OECD Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2015-en
- Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2006). Linking Research Questions to Mixed Methods Data Analysis Procedures. *Qual Report*; 11(3), 474-498. Recuperado de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR11-3/onwuegbuzie.pdf>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en al práctic*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.
- Orjuela, L., Cabrera, B., Calmaestra, J., Mora-Merchan, J., & Ortega-Ruiz, R. (2013). *Acoso escolar y ciberacoso: propuestas para la acción* [versión electrónica]. Madrid: MSSSI, Save the Children. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/acoso_escolar_y_ciberacoso_informe_vok_-_05.14.pdf
- Ortiz, A. L. (2009). *Pedagogía y docencia universitaria: Hacia una didáctica de la Educación Superior (Tomo I)*. Madrid: Ediciones CEPEDID
- Ortiz, M. M., Ávila, J. A., Fernández, F., García-Caro, Y., Medina, J. L., Juárez, F., ... Piera, J. L. (2009). *Perfil profesional de la enfermera escolar*. Gandía, Valencia: Sociedad Científica *Española Enfermería Escolar*, SCE3. Recuperado de http://www.sce3.com/es/documentos/documentos-sce3_llistat.html
- Osses, S., Sánchez, I., & Ibáñez, F. M. (2006). Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos*, XXXII(1), 119–133. Recuperado de <http://mingaonline.uach.cl/pdf/estped/v32n1/art07.pdf>
- Pacheco, E. (1995). *Administración de los servicios de enfermería*. Madrid: Ed.

Síntesis.

- Palacio, M., & Sáez, A. (2001). Entornos Saludables: el desafío de la Promoción de la Salud. En H. E. Restrepo & H. Málaga (Eds.), *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable* (pp. 264–273). Bogotá: Editorial Médica Internacional LTDA.
- Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE 2015: Informe español.* (2015). Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Secretaría General Técnica. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/dctm/inee/internacional/panorama-de-la-educacion-2015.-informe-espanol.pdf?documentId=0901e72b81ee9fa3>
- Pbert, L., Druker, S., DiFranza, J. R., Gorak, D., Reed, G., Magner, R., ... Osganian, S. (2011). Effectiveness of a school nurse-delivered smoking-cessation intervention for adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 926–36. doi: 10.1542/peds.2011-0520
- Pbert, L., Druker, S., Gapinski, M. A., Gellar, L., Magner, R., Reed, G., ... Osganian, S. (2013). A School Nurse-Delivered Intervention for overweight and obese adolescents. *Journal of School Health*, 83(3), 182–193. doi: 10.1111/josh.12014
- Peláez, M. A., Labrador, F.J., & Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148
- Perea, R. (2000). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI*, 26, 15-40. doi:10.5944/educxx1.4.0.361
- Perea, R. (2004). Qué es la Educación para la Salud. En R. Perea (ed.), *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo* (pp. 3–20). Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Pérez, S. (2009). El suicidio adolescente y juvenil en España. *Revista de Estudios de Juventud*, (84), 126–142. Recuperado de <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-09.pdf>
- Pérez-Calero, L. (2012). Las competencias básicas del docente desde una perspectiva universitaria y global. En E. Nieto, A. I. Callejas, & Ó. Jerez (Eds.), *Las Competencias básicas. Competencias profesionales del docente* (1ª ed., pp. 660–665). Ciudad Real: Universidad de Castilla-La Mancha.
- Petit, M. L., Fetro, J. V. (2006). The Seven Habits of Highly Effective Health Educators. *Health Educator*, 38(1), pp. 3-6. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?q=National+Commission+for+Health+Education+Credentialing&id=EJ763585>
- Piédrola, G. (2015). La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En G. Piédrola, *Medicina preventiva y salud pública* (12ª ed., pp. 3–14). Barcelona: Elsevier Masson.
- Portela, M., Ribeiro, H., Mora, M., & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&Ing=es&tIng=es.

- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376-382
- Pradelli, A. (2011). *La búsqueda del lenguaje: experiencias de transmisión*. Buenos Aires: Paidós
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 6(36), 835–845. Recuperado de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139>
- Prats, B., Prats, R., & Plasència, A., (coords). (2008). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut (1a ed.)* [versión electrónica]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11351/1197>
- Price, B. (2005). Delphi survey research and older people. *Nursing Older People*, 17(3), 25-31.
- Prieto, V., Quiñones, I., Ramírez, G., Fuentes, Z., Tahimí Labrada, Pérez, O., ... Montero, M. (2011). Impacto de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la educación y nuevos paradigmas del enfoque educativo. *Educación Médica Superior*, 25(1), 95–102. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v25n1/ems09111.pdf>
- Puelles, M. (2008). Las grandes leyes educativas de los últimos doscientos años. *Participación Educativa*, (7), pp. 7–15. Recuperado de <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/91606>
- Quintana, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. En A. Quintana & W. Montgomery (Eds.), *Psicología: Tópicos de actualidad* (pp. 47–84). Lima: UNMSM.
- RAE. (2015). Salud. Madrid: sitio web Real Academia Española. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=salud&o=h>
- Redondo, I. (2008). La coeducación en nuestro sistema educativo. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, (13). Recuperado de https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_13/INMACULADA_REDONDO_1.pdf
- Report of the 2011 joint committee on health education and promotion terminology. (2012). *American Journal of Health Education*, 43(2): 2-19. Recuperado de <https://search-proquest-com.sire.ub.edu/docview/947248416?accountid=15293>
- Restrepo, H. (2001a). Agenda para la acción en Promoción de la Salud. En H. E. Restrepo & Hernán Málaga (Eds.), *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable* (1ª ed., pp. 34–55). Colombia: Médica Internacional LTDA.
- Restrepo, H. (2001b). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En H. Restrepo & H. Málaga (Eds.), *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable* (1ª ed., pp. 15–23). Bogotá: Editorial Médica Panamericana
- Restrepo, H. (2001c). Conceptos y definiciones. En H. Restrepo & H. Málaga (Eds.), *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable* (1ª ed., pp. 24–32). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

- Rivera M, Milicic N. (2006). Alianza familia-escuela: percepciones, creencias, expectativas y aspiraciones de padres y profesores de enseñanza general básica. *Phsyke*, 15(1), 119–35. doi: 10.4067/S0718-22282006000100010
- Rivera, P., Maldonado, G., Castro, R., & Balderas, Y. (2011). Evaluación de Intervención Educativa de Enfermería en Salud Bucal en Niños. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 19(5), 175–178. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-175.pdf>
- Rodríguez, F., & Abecia, L. (2006). Determinantes de la salud. En C. Colomer & C. Álvarez (Eds.), *Promoción de la salud y cambio social* (pp. 13–21). Barcelona: Masson-Elsevier.
- Rodríguez, L. A. (2011). Competencia docente, investigación educativa y calidad en educación: ¿Cómo se relacionan?. *Odiseo Revista Electrónica de Pedagogía*, 8(16). Recuperado de <https://www.odiseo.com.mx/bitacora-educativa/2011/04/competencia-docente-investigacion-educativa-calidad-educacion-como-se-rel>
- Rodríguez, M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud*, 14, 20–31. Recuperado de <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
- Rodríguez, M. L. (2006). *Evaluación, Balance y formación de competencias laborales transversales. Propuestas para mejorar la calidad en la formación profesional y en el mundo del trabajo*. Barcelona: Laertes, S.A.
- Rodríguez, M. L., Serreri, P., & Del Cimmuto, A. (2010). *Desarrollo de competencias: Teoría y Práctica. Balance, proyecto profesional y aprendizaje basado en el trabajo*. Barcelona: Laertes, S.A.
- Rojas, M. J. (2007). *Usos y apropiaciones de las tecnologías de la información y comunicación en a formación del comunicador social*. (Tesis doctoral). Universidad Veracruzana, México. Recuperado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010a/634/TECNOLOGIAS%20DE%20LA%20INFORMACION%20Y%20COMUNICACION%20EN%20LA%20FORMACION%20DEL%20COMUNICADOR%20SOCIAL.htm>
- Rojo, J. M. (2006). *Análisis descriptivo y exploratorio de los datos* [sitio web] Laboratorio de Estadística. Instituto de Economía y Geografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Recuperado de <https://www.uv.es/friasnav/SPSSanalisisdescriptivo.pdf>
- Rojo, R. M., Rodríguez-Arias, C. M., Merchán, M. N., Galindo, A., Trujillo, J., Villa, J. M., ... Garvía, M. (2004). La enfermera escolar: una necesidad dentro del entorno educativo. En E. Ruiz., & J. L. Ferrer (coords), *La Educación para la Salud en Extremadura* (pp. 173–184). Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/30594/00920062000039.pdf?sequence=1>
- Romagnoli, C., Gallardo, G. (2006). *Alianza efectiva familia escuela: para promover el*

- desarrollo intelectual, emocional, social y ético de los estudiantes*. Documentos Valores UC. Recuperado de http://valoras.uc.cl/images/centro-recursos/familias/ValoresEticaYDesarrolloSocioemocional/Documentos/Alianza-Efectiva-Familia-Escuela_Para-promover.pdf
- Romero, G. A. (2010). Experiencia Educativa: la actitud del profesor en el aula. *Innovación y experiencias educativas*, (27), pp. 1-8. Recuperado de csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_27/GUSTAVO_ADOLFO_ROMERO_BAREA_01.pdf
- Romero, G. A. (2010). Experiencia Educativa: la actitud del profesor en el aula. *Innovación y experiencias educativas*, (27), 1-8. Recuperado de http://www.csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_27/GUSTAVO_ADOLFO_ROMERO_BAREA_01.pdf
- Romero, J. L. (2011). La educación en España: análisis, evolución y propuestas de mejora. *Innovación y Experiencias Educativas*, 42, 1–15.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. (2007). Un marco para la evaluación de la promoción de la salud. En M. T. Cerqueira, F. León & A. De la Torre (eds.), *Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas* (pp. 29–60). Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3070>
- Rosales, M. del V. (2014). El docente que quiero ser: humano, sensible..! *Ontosemiótica. Artículos Arbitrados*, (1), 3–7. Recuperado de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/ontosemiotica/article/view/5346/0>
- Rossaro, A. L. (2011). *Una pizca de Actitud 2.0 para ser docente en el nuevo paradigma* [entrada blog]. Educación y punto. Recuperado de <http://www.educdoscero.com/2011/10/una-pisca-de-actitud-20-para-ser.html>
- Rozo de Arévalo, C. (2002). Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de educación en salud. *Aquichan*, 2(2), 27–35. Recuperado de <https://doaj.org/article/deba52dfd542432ab1d78c8beb2b91dd>
- Ruano-Casado, L., & Ballestar-Tarín, M. L. (2015). Incorporación de la promoción y educación para la salud en los planes de estudio de grado en Ciencias de la Salud de la Universitat de València. *Fundación Educación Médica*, 18(2), 149–153. doi: 10.4321/S2014-98322015000200011
- Sabater, M. P. (2007). Formación enfermera en competencias específicas y referentes teóricos. Una visión contrastada. *Ágora de Enfermería*, (11). Recuperado de <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num011/inferm.html>
- Salleras, L. (1990). *Educación Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Salvador, T. (dir.). (2008). *Informe: Diagnóstico de Situación sobre Avances Conseguidos, Necesidades y Retos en Promoción y Educación para la Salud en la Escuela en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Centro de Innovación y Documentación Educativa, CIDE. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/DiagnosticoSituacionEscuela.pdf>

- Salvador, T., & Suelves, J. (2009). *Ganar salud en la escuela: Guía para conseguirlo*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación, Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Salvador, T., Suelves, J. M., & Puigdollers, E. (2008). *Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo* [versión electrónica]. Madrid: Educación, Política Social y Deporte (Centro de Innovación y Documentación Educativa, CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública). Recuperado de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/criteriosCalidad2MSC_MEC.pdf
- Sánchez, M. (2012). *Bioética en ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Sandoval, C. A. (2002). Investigación cualitativa. Módulo 4. En G. Briones, & M. J. Restrepo (coords.), *Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social* (p. 312). Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES.
- Sarramona, J. (1997). *Fundamentos de educación*. Madrid: CEAC.
- Sarría, A., & De la Cruz, G. (2014). Introducción a la Promoción de la Salud. Modelos en Promoción de la Salud. En A. Sarría & F. Villar (Eds.), *Promoción de la salud en la Comunidad* (pp. 81–128). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sarría, A., de la Cruz, G., & Hernández, M. C. (2014). Promoción de la Salud. Concepto, Antecedentes y Perspectivas. En A. Sarría & F. Villar (Eds.), *Promoción de la Salud en la Comunidad* (pp. 51-80). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sepilli, A. (1970). Health Education and Protection of Health, en: Lotta Tuberc, 40 (1), pp. 42-47.
- Shulman, L. S. (2005). Conocimiento y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado* 2005, 9(2), 1-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56790202>
- Skulmoski, G. J. y otros (2007). The Delphi method for graduate reseach. *Journal of Information Technology Education*. 6, 1-21.
- Sigerist, H. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI.
- Silver, M. D. (2016). *The role of the 21st century school nurse (Position Statement)*. National Association of School Nurses (NASN). Recuperado de <https://www.nasn.org/advocacy/professional-practice-documents/position-statements/ps-role>
- Soler, E., & del Campo, E. (2014). *La educación para la salud en la escuela: Una herramienta con poderes de cambios positivos en los hábitos saludables de la sociedad: Programa de Educación para la Salud en las Escuelas e Institutos (PESEI)*. [web de la Asociación Catalana de Enfermería i Salut Escolar, ACISE]. Recuperado de: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2015/09/PESEI-2014-2015-castellano-PDF.pdf>

- Stake, R. E. (2010). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Taberner, J. L., Forés, D., Ribot, J., Riera, R. M., Cabezas, C., Castell, C., & Romero, M. A. (coords.). (2006). *Llibre blanc: Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària* (2a ed.) [versión electrónica]. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Recuperado de <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1859>
- Talavera, M., & Gavidia, V. (2007). Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del profesorado. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales Y Sociales*, (21), 119–128. doi: 10.7203/dces..2434
- Talavera, M., & Gavidia, V. (2013). Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales Y Sociales*, 0(27), 115–129. doi: 10.7203/dces.27.2569
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Básica.
- Tejada, J. (1999). Acerca de las competencias profesionales (I). *Revista Herramientas*, (56), 20–30. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259997250_Acerca_de_las_competencias_profesionales_I
- Ténière-Buchot, P. F. (2001). Décision, expertise, arbitraire et transparence: éléments d'un développement durable. *Le courrier de l'environnement de l'INRA*, 44. Recuperado de <http://www.inra.fr/dpenv44.htm>
- Teva, I., Bermúdez, M. P., & Buena-Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 309–320.
- The Role of the School Nurse in Providing School Health Services. (2008). *Pediatrics*, 121(5), 1052–1056. <http://doi.org/10.1542/peds.2008-0382>
- Tiana, A. (2012). Los motivos de las leyes. *Escuela*, 3.957(1.363), 3. Recuperado de <http://www.colectivolorenzolzuriaga.com/PDF/Octubre%202012.pdf>
- Tobón, O., & García, C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud*. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.
- Toribio, L., (2010). Las competencias básicas: el nuevo paradigma curricular en Europa. *Foro de Educación*, 8(12), 2010, pp. 25-44. doi: 10.14516/fde
- Torre, E. (2002). La comunicación educativa. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. FEADef*, (3), 37–43. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/157052>
- Torrelles, C., Coiduras, J., & Carrera, X. (2011). Competencia de trabajo en equipo: definición y categorización. *Profesorado: Revista de curriculum y formación del Profesorado*, 15(3), 329–344. Recuperado de <http://www.ugr.es/~recfpro/rev153COL8.pdf>
- Torres, A. (2009). La educación para el empoderamiento y sus desafíos. *Sapiens*.

- Revista Universitaria de Investigación*, (1), 89–108. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3175951>
- Torres, A. M. (2000). La relación interpersonal en el ser y quehacer de enfermería. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 1(1), 31–33. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1528>
- Torres, M. (2007). Experiencia de Promoción y Educación para la Salud en las Disciplinas de Magisterio. Orientación hacia las nuevas competencias. En *Actas de la I Jornada Nacional de Formación y Educación para la Salud* (pp. 20–23). Madrid: MSSSI. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ACTAS FormacionGrados.pdf>
- Trujillo, F. (2013). *El currículo básico de la LOMCE: análisis de aspectos generales* [Entrada blog]. Granada: Fernando Trujillo Web&Blog. Recuperado de <http://fernandotrujillo.es/el-curriculo-basico-de-la-lomce-analisis-de-aspectos-generales/>
- Turpo, O. (2013). Perspectiva de la convergencia pedagógica y tecnológica en la modalidad blended learning. *RED-Revista de Educación a Distancia*, (39), 1-14. Recuperado de <http://revistas.um.es/red/article/view/234261>
- UB. (2017). *Grado de Enfermería*. (Web Universitat de Barcelona). Recuperado de http://www.ub.edu/web/ub/es/estudis/oferta_formativa/graus/fitxa/E/G1050/index.html
- UB. (2017b). *Grado de Pedagogía*. (Web Universitat de Barcelona). Recuperado de http://www.ub.edu/web/ub/es/estudis/oferta_formativa/graus/fitxa/P/G1029/index.html
- UNED. (2017). *Grado en Educación Social. Facultad de Educación*. (2017). (Web Universidad Nacional de Educación a Distancia). Recuperado de http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,56672078&_dad=portal&_schema=PORTAL
- UNED. (2017b). *Grado en Pedagogía. Facultad de Educación*. (Web Universidad Nacional de Educación a Distancia.) Recuperado de http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,56694146&_dad=portal&_schema=PORTAL
- UNESCO. (2010). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud* (Volumen I: Justificación de la educación en sexualidad). Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>
- UOC. (2017). *Grado en Educación Social*. (Web Universitat Oberta de Catalunya). Recuperado de http://www.ub.edu/web/ub/es/estudis/oferta_formativa/graus/fitxa/E/G1028/index.html
- Walther, A. (Coord.) (2013). *The view from the principal's office. the opinions of principals from 8 European Countries Compared. Comparative Analysis*

- Institutional. Frankfurt: University of Frankfurt. Recuperado de http://goete.eu/download/cat_view/69-working-papers?start=10
- Weinstein, B. D. (1993). What is an expert? *Theoretical Medicine*, 14, 57-73.
- Weiss, R. (1994). *Learning from Strangers. The art and method of qualitative interview studies*. New York: The free Press
- WHO. (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy: Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1988*. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>
- WHO. (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health: Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991*. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
- WHO. (1997a). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century: The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, meeting in Jakarta from 21 to 25 July 1997*. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- WHO. (1997b). *Promoting Health Through Schools: Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion (WHO Technical Report Series 870)*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41987/WHO_TRS_870.pdf;jsessionid=92D67ACE6AC5531A5FF67B5204FAF008?sequence=1
- WHO. (1998a). *Health for all in the 21st century: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1
- WHO. (1998b). *Health Promotion Glossary (Technical Document WHO/HPR/HEP/98.1)*. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/64546>
- WHO. (2000). *The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap 5-9th June 2000*. Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf?ua=1
- WHO. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [versión electrónica]*. Ginebra: Organización Mundial de la salud. Ediciones OMS. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/42447>
- WHO. (2008). Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual (Datos y cifras). Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/es/
- WHO. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [versión electrónica]* Ginebra: Ediciones OMS. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/44441>

- WHO. (2012). *Salud bucodental*. (Centro de prensa. Nota descriptiva nº318). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- WHO. (2013a). *The 8th Global Conference on Health Promotion*. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/background/en/>
- WHO. (2013b). *Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, Vienna, 4-5 July*. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf
- WHO. (2013c). Women's health. Centro de Medios (Hoja informativa 334). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>
- WHO. (2014). *Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria (seguimiento de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud)*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_54-sp.pdf
- WHO. (2016a). *Road traffic injuries*. Centro de Medios (Hoja informativa 110). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/>
- WHO. (2016b). *Sexually transmitted infections (STIs)*. Centro de Medios (Hoja informativa 110). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
- WHO. (2016c). *Suicide*. Centro de Medios (Hoja informativa 398). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
- WHO. (2016d). *Violence against women*. Centro de Medios (Hoja informativa 239). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Woods, P. (1989). *La escuela por dentro: La etnografía en la investigación educativa*. Madrid: Ediciones Paidós Ibérica.
- Yáñez, Ó. (2013). La salud en las diferentes leyes de educación: LOGSE (1990), LOCE (2002), LOE (2006) y LOMCE (2013) [Entrada blog]. Medicablogs. Diario Médico. Recuperado de <http://medicablogs.diariomedico.com/elenfermeroperplejo/2013/06/24/la-salud-en-las-diferentes-leyes-de-educacion-logse1990-loce-2002-loe-2006-y-lomce-2013/>
- Yañez, R., & Cuadra, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia Y Enfermería XIV*, 14(1), 9–15. doi: 10.4067/S0717-95532008000100002
- Young, P., Hortis, V., Chambi, M. C., & Finn, B. C. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista Médica de Chile*, 139(6), 807–813. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>
- Zafrilla, J., & Laencina, T. (coords). (n.d.). *Adaptación y Flexibilidad*. Murcia: Escuela de Administración Pública de la Región de Murcia. Recuperado de <https://efiapmurcia.carm.es/>

NORMATIVA LEGAL CONSULTADA

- Decret 119/2015, de 23 de juny, d'ordenació dels ensenyaments de l'educació primària.* Barcelona: DOGC 26/06/2015, núm 6900, pp. 1-139. Ref. CVE-DOGC-B-15176019-2015
- Decret 187/2015, de 25 d'agost, d'ordenació dels ensenyaments de l'educació secundària obligatòria.* Barcelona: DOGC 28/08/2015, núm 6945, pp. 1-305. Ref. CVE-DOGC-A-15237051-2015
- Ley 12/2009, de 10 de julio, de Educación (LEC).* Madrid: BOE 16/08//2009, núm 189, pp. 67041-67134. Ref. BOE-A-2009-13038
- Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa (LGE).* Madrid: BOE 6-8-1970, núm. 187, pp. 12525–12546. Ref. BOE-A-1970-852
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).* BOE 29-04-1986, núm. 102, pp. 15207-15224. Ref. BOE-A-1986-10499
- Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña (LOSC).* (1990). BOE 17-08-1990, núm. 197, pp. 24074-24087. Ref. BOE-A-1990-20304.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.* Madrid: BOE 29-05-2003, núm. 128. pp. 20567-20588. Ref: BOE-A.2003-10715
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP).* Madrid: BOE 05-10-2011, núm. 240, pp. 104593-104626. Ref. BOE-A-2011-15623
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.* Madrid: BOE 22-11-2003, núm. 280, pp. 41442-41458. Ref. BOE-A-2003-21340.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).* BOE 4-10-1990, núm. 238, pp. 28927–28942. Ref. OE-A-1990-24172
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE).* BOE 24-12-2002, núm. 307, pp. 45188–45220. Ref. BOE-A-2002-25037
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE).* BOE 04-05-2006, núm. 106, pp. 17158-17207. Ref. BOE-A-2006-7899
- Ley Orgánica 5/1980, de 19 de junio, por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares (LOECE).* BOE 27-06-1980, núm. 154, pp. 14633–14636. Ref. BOE-A-1980-13661
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la Educación (LODE).* BOE 04-07-1985, núm. 159, pp. 21015–21022. Ref. BOE-A-1985-12978
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE).* BOE 30-12-2013, núm. 295, pp. 97858–97921. Ref. BOE-A-2013-12886

- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato.* Madrid: BOE 29-01-2015, núm 25, pp. 6986–7003. Ref. BOE-A-2015-738
- Orden ECI/3858/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de las profesiones de Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanzas de Idiomas.* Madrid: BOE 29-12-2007, núm. 312, pp. 53751-53753. Ref. BOE-A-2007-22450
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.* BOE 16-09-2006, núm. 222, pág. 32650-32679. Ref. BOE-A-2006-16212
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.* Madrid: BOE 16-09-2006, núm. 222, pp. 32650-32679. Ref. BOE-A-2006-16212
- Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato.* Madrid: BOE 3-1-2015, núm. 3, pp. 169-546. Ref. BOE-A-2015-37
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.* Madrid: BOE 09-11-2001, núm. 269, pp. 40986-40999 Ref. BOE-A-2001-20934
- Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.* Madrid: BOE 01-03-2014, núm. 52, pp. 19349-19420. Ref. BOE-A-2014-2222
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.* Madrid: BOE 01-02-1984, núm. 27, pp. 2627-2629. Ref. BOE-A-1984-2574
- Reglamento (UE) núm. 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 2014, relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 y por el que se deroga la Decisión núm. 1350/2007/CE.* Estrasburgo: DOUE L/86/1-13, 2014. pp. 1-13

ANEXOS

Anexo 1. Carta de presentación para la fase Delphi



Apreciado/a Sr/Sra.,

Tengo el gusto de invitarle a participar en la investigación titulada “Estudio de las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar”.

Dicha investigación se enmarca en el contexto de mi tesis doctoral, llevada a cabo en la Facultad de Educación (Universidad de Barcelona), en el programa de Educación y Sociedad, y dirigida por el Dr. José Luis Medina y la Dra. M. Cruz Molina.

Uno de los objetivos principales es definir al profesional de enfermería promotor de salud en la escuela y describir el perfil competencial pedagógico (actitudes, habilidades y conocimientos) que debe poseer para llevar a cabo tal acción de forma efectiva. Para ello, se ha optado por una metodología *Delphi*, de tal forma que, a través de la información generada por un panel de expertos, se llegue a alcanzar una definición consensuada de dicho profesional, así como la consolidación del mapa de competencias pedagógicas.

Los resultados de este estudio ayudarán a trazar estrategias y vínculos eficientes entre el ámbito educativo y el sanitario, tomando como esencia la figura del profesional de enfermería con aptitud pedagógica como base regeneracionista. Asimismo, puede constituir un avance más hacia el reconocimiento de la singularidad de la enfermería escolar como especialidad.

En lo que se refiere a su participación, usted ha sido seleccionado por su condición de experto en el tema de estudio, siendo considerada su intervención muy valiosa para el progreso de la investigación. Su decisión de participar tiene las siguientes implicaciones:

- Se requerirá su opinión experta a través de tres cuestionarios que recibirá en su correo electrónico. Tendrá un margen aproximado de dos semanas para responder a cada uno.
- El tiempo que se prevé para cada cuestionario es de unos 10 minutos. El primero se trata de dos preguntas abiertas, los otros dos, son de respuesta cerrada.
- El proceso completo está conformado por tres rondas (tres cuestionarios) y tendrá una duración aproximada de 4-6 meses.

La información que proporcione, siempre a través de correo electrónico, será de carácter confidencial entre usted y las personas responsables de la elaboración del estudio. Sus datos personales identificativos no saldrán en ninguna publicación o informe relativo al estudio y serán tratados estrictamente con fines estadísticos. Ningún participante recibirá información sobre la

identidad de los otros expertos en cuanto a su vinculación con las opiniones aportadas, y tampoco se fomentará nunca una participación directa entre los expertos involucrados.

Tras la evaluación de cada ronda se le proporcionará información del análisis realizado y los resultados de grupo. Asimismo, tendrá acceso al informe final, si así lo desea bajo petición expresa, una vez esté terminado.

Por último, debe saber que podrá retirarse del estudio cuando lo considere pertinente, sin necesidad de explicación alguna y sin que su decisión le cause ningún perjuicio.

Le animo nuevamente a participar en la investigación y quedo a su disposición para cualquier consulta que crea conveniente, y ampliar otros detalles de mi currículum o sobre el estudio.

A través de este [enlace](#) accederá al primer cuestionario.

A la espera de sus noticias, le saludo cordialmente.

Anexo 2. Consentimiento informado (vía telemática) para la fase Delphi



CUESTIONARIO DELPHI 1 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

Estimado/a Sr./a,

A continuación, le presento el primer cuestionario con dos preguntas abiertas que debe usted rellenar según su opinión, experiencia y mejor criterio. Respondiendo a este cuestionario, usted estará dando su conformidad con la participación en el estudio y posterior difusión de los resultados, en los términos descritos en la carta de presentación.

Puede escribir abiertamente lo que considere preciso sin límite de caracteres. Tiene usted la posibilidad de interrumpir la encuesta y reanudarla cuando lo desee en el mismo lugar que lo dejó, cerrando la ventana que esté usando y después volviendo al enlace de la carta de presentación (para ello, anote el código de continuación que le aparecerá en la esquina superior derecha de su pantalla).

El plazo de cumplimentación del primer cuestionario acaba el día 18 de noviembre de 2016.

Anexo 3. Carta de presentación para la fase de Entrevista.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Tengo el gusto de invitarle a participar en la investigación titulada “Estudio de las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar”; enmarcada en el contexto de mi tesis doctoral, llevada a cabo en la Facultad de Educación (Universidad de Barcelona), en el programa de Educación y Sociedad, y dirigida por el Dr. José Luis Medina y la Dra. M. Cruz Molina.

En esta tesis se investiga acerca de la acción educativa del enfermero como uno de los principales agentes promotores de salud en la escuela, capaz de liderar y motivar el cambio de conducta a través de intervenciones de educación para la salud.

Uno de los objetivos principales es definir al profesional de enfermería promotor de salud en la escuela y describir el perfil competencial pedagógico (actitudes, habilidades y conocimientos) que debe poseer para llevar a cabo tal acción de forma efectiva. Como segundo objetivo se lleva a cabo una reflexión y análisis acerca de las debilidades y fortalezas de la realidad actual en la EpS en la escuela, analizando el valor que puede aportar el profesional de enfermería con competencias pedagógicas específicas, especialmente dentro del contexto catalán.

Los resultados de este estudio ayudarán a trazar estrategias y vínculos eficientes entre el ámbito educativo y el sanitario, tomando como esencia la figura del profesional de enfermería con aptitud pedagógica como base regeneracionista.

La recogida de información se divide en dos etapas: en la primera se ha optado por una metodología Delphi, de tal forma que, a través de la información generada por un panel de expertos, se llegue a alcanzar una definición consensuada de dicho profesional, así como la consolidación del mapa de competencias pedagógicas. La siguiente etapa, incluye la realización de entrevistas, a través de las cuales se pretende obtener una perspectiva más cercana sobre el objeto de estudio.

En lo que se refiere a su participación, usted ha sido seleccionado para esta segunda etapa de recogida de información, por su condición de informante clave. Así pues, **se le invita a participar en una entrevista** para que pueda explicarnos su opinión acerca de preguntas relacionadas con el tema de investigación. Se grabará el contenido de la entrevista, siempre bajo su consentimiento, para un registro exhaustivo y preciso de todos sus argumentos. Una vez acabado el estudio, las grabaciones serán destruidas. Si no da su consentimiento para la grabación, se tomarán notas durante el proceso de entrevista.

La información que proporcione será de carácter confidencial entre usted y las personas responsables de la elaboración del estudio. Podrá ser utilizada como material para la difusión científica, no obstante, sus datos personales identificativos no saldrán en ninguna publicación o informe relativo al estudio y serán tratados estrictamente con fines estadísticos. Además, tiene derecho a retirarse del estudio cuando lo considere pertinente, sin mediar explicación alguna y sin que su decisión le cause ningún perjuicio.

Por último, debe saber que tendrá acceso al informe final, si así lo desea bajo petición expresa, una vez esté terminado.

Anexo 4. Documento de consentimiento informado para la fase de Entrevista



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

“Estudio de las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar”.

Confirmando que he recibido información sobre el carácter y propósito del presente estudio, y doy mi consentimiento para participar en el mismo de manera voluntaria, cediendo la información aportada como material para la difusión científica en las condiciones acordadas en la carta de presentación.

Firmas:

Nombre y apellidos del/la participante

Investigadora responsable del estudio

Lugar y Fecha: _____

*El original del presente documento de consentimiento queda en poder de la investigadora principal del estudio y usted puede solicitar una copia.

Anexo 5. Comisión de bioética



Oficina de Gestió de la Recerca
Pavelló Rosa (recinte Maternitat) primer pis
Travessera de les Corts, 131-159 93-4035398
08028 Barcelona

COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per la Sra. **Raquel Ayuso Margañón**, doctoranda en el departament de Didàctica i Organització Educativa, de la Facultat de Pedagogia i referent a la Tesi intitulada "**Estudio de las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar**", dirigida pel Dr. José Luis Medina Moya i per la Dra. M. Cruz Molina, aquesta Comissió, per acord de data 12 de desembre de 2017, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 12 de desembre de 2017.



Vist i Plau
El president de la Comissió de Bioètica de la
Universitat de Barcelona

Domènec Espriu Climent

Anexo 6. Informe de seguimiento Delphi-ronda 1



ESTUDIO DE LAS COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR (PEPSEE)

Apreciado/a Sr/Sra.,

Le presento a continuación una síntesis del análisis comparado llevado a cabo entre las respuestas del grupo de expertos en su conjunto y la información extraída del marco teórico.

El panel de expertos para la primera ronda quedó finalmente constituido por 14 personas. Cada miembro fue seleccionado sobre la base de su especialización particular en lo que se refiere al problema de estudio. Se trata de un grupo con amplia experiencia profesional y académica en promoción de salud y/o entorno escolar. El grueso del grupo posee la titulación de enfermería desarrollando su actividad principal en el ámbito escolar. Otro subgrupo incluye a profesionales del área de conocimiento de la pedagogía, desarrollando su actividad en el ámbito educativo universitario y/o asistencial.

En lo que se refiere al análisis de la **primera pregunta abierta** “Defina lo que en su opinión es un profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar”, se han obtenido respuestas valiosas acerca de diferentes rasgos definitorios de dicho profesional, quedando concretadas en torno a tres categorías: rol educador, visión integral y enfoque integrador.

En general, al definir a este profesional, el grupo de expertos se ha referido principalmente a diferentes características que esencialmente se desprenden del rol educador, tanto de forma implícita como explícita, aludiendo especialmente a su concepción como mediador de salud individual y colectiva; a la capacitación pedagógica específica que debe tener; y a su sensibilidad docente, capaz de asentar unos valores pedagógicos en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Por otro lado, se ha destacado la figura del PEPSEE como aquel capaz de potenciar y promover el desarrollo más completo en lo que se refiere a la salud de la persona, vista desde una perspectiva holística. Importancia similar se ha otorgado a la reciprocidad entre disciplinas para llevar a cabo la promoción de la salud en la escuela, por lo que esta visión integral e integradora, han constituido dos categorías de análisis diferenciadas.

En la siguiente tabla se puede observar una relación de los resultados de grupo en cuanto a las unidades de significado codificadas para cada categoría.

DOCUMENTOS PRIMARIOS		
CÓDIGOS	P 1: RONDA 1-PREGUNTA 1	Totales
1.	ROL EDUCADOR	27
2.	ENFOQUE INTEGRADOR	8
3.	VISIÓN INTEGRAL	7
Totales		42

Tabla códigos-documentos primarios PREGUNTA 1 extraída del análisis con ATLAS-Ti

En lo que respecta a la **segunda pregunta abierta** “*Cuáles cree que son las competencias pedagógicas necesarias del profesional de enfermería para llevar a cabo la promoción de la salud en el entorno escolar*”, se ha destacado una gran variedad de elementos competenciales, cuya interpretación ha ido dando forma a un listado de competencias provisionales específicas, clasificadas en subcategorías en torno a nueve campos-categorías.

Dichos elementos competenciales han quedado desarrollados y analizados en un documento de aproximadamente 75 páginas incluidas en el contenido de la tesis; y han quedado resumidos en el segundo cuestionario, en el que se pide una segunda valoración de estos más concreta, a través de preguntas cerradas. En la siguiente tabla se puede observar estas categorías ordenadas según la importancia concedida por el grupo. Los totales indican las unidades de significado encontradas por cada categoría.

DOCUMENTOS PRIMARIOS		
CÓDIGOS	P 1: RONDA 1-PREGUNTA 2	Totales
1.	CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA	25
2.	COMPETENCIA INTERPERSONAL	22
3.	HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA	18
4.	COMUNICACIÓN EDUCATIVA	12
5.	ACTITUD DOCENTE COMPETENTE	8
6.	VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENSIÓN ÉTICA	6
7.	INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA EN PROMOCIÓN DE SALUD	6
8.	COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA	6
9.	COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO	3
Totales		106

Tabla códigos-documentos primarios PREGUNTA 2 extraída del análisis con ATLAS-Ti

La tarea de interpretación de esta primera ronda ha resultado ser compleja requiriendo de más tiempo del esperado, ya que no solo se ha tratado de revertir el máximo de información proporcionada por el grupo, sino que se ha tratado de reflejar también aquellas ideas individuales que constituyen un aporte importante a la investigación. Para terminar, le agradezco nuevamente su aportación y le animo a seguir participando en la investigación, quedando a su disposición para cualquier consulta que crea conveniente.

A través de este [enlace](#) accederá al segundo cuestionario.

A la espera de sus noticias, le saludo cordialmente.

Anexo 7. Informe de seguimiento Delphi-ronda 2



ESTUDIO DE LAS COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR (PEPSEE)

Apreciado/a Sr/Sra.,

Le presento a continuación una síntesis de los resultados del análisis de las respuestas de grupo extraídas de la ronda 2.

Para llevar a cabo dicho análisis se ha partido de la perspectiva del conjunto del panel de expertos atendiendo a las singularidades aportadas por cada uno. Se ha puesto especial atención en aquellas respuestas que se han resistido a llegar a un consenso, así como en los comentarios y observaciones individuales aportadas. Esto ha permitido reformular algunos ítems en esta tercera ronda.

El segundo cuestionario constaba de dos partes bien diferenciadas en las que se pedía al grupo valorar la relevancia de cada ítem:

- En la primera parte se hacía referencia a la definición del PEPSEE, sometiendo a la valoración de los participantes los diferentes rasgos definitorios de éste.
- En la segunda parte se trataron los elementos de las nueve categorías competenciales del PEPSEE, preestablecidas en la primera ronda.

En lo que se refiere al análisis de los datos obtenidos, se han llevado a cabo procedimientos estadísticos propios, atendiendo a la naturaleza de la investigación desarrollada y el tipo de preguntas realizadas, utilizándose medidas de tendencia central y de dispersión. Esto ha servido principalmente para obtener una perspectiva global del conjunto del panel y también una visión particular de la distribución de frecuencias, permitiendo conocer los elementos mejor valorados por el grupo, y con qué puntuación se ha obtenido esta valoración. A partir de aquí se han establecido los criterios de acuerdo y consenso en la respuesta grupal.

Desde esta perspectiva, cabe decir que, las puntuaciones medias para todo el cuestionario han sido altas en general, obteniéndose un promedio de 4,52 de todo el panel de respuestas, una Moda y Mediana de 5, y un coeficiente de variación de 0,15; lo que se traduce en un grado de acuerdo y consenso de grupo moderado-alto. Esto lleva a pensar que prácticamente todos los elementos expuestos en el cuestionario tienen alto significado para el grupo en lo que respecta a la definición del PEPSEE y sus competencias pedagógicas específicas.

Por otro lado, en ambas partes del cuestionario, se incluyó una pregunta adicional por cada bloque para determinar el grado de conformidad de los expertos con los ítems respecto de su opinión expresada en la ronda anterior. Los resultados obtenidos también han sido favorables

con un alto grado de conformidad de grupo para casi todos los bloques, menos para el referido a “Competencia digital e innovación pedagógica”.

Por último, se dio la opción a los participantes de ofrecer su opinión a través de una pregunta abierta por cada bloque, lo que ha permitido una mejor interpretación de la respuesta grupal.

A continuación, le presento el tercer cuestionario con el que se busca cerrar el ciclo y concretar el listado definitivo de rasgos defintorios del PEPSEE, así como las competencias pedagógicas que éste debe tener.

Para terminar, le agradezco una vez más su aportación y le animo a concluir su participación en esta investigación, quedando a su disposición para cualquier consulta que crea conveniente. Igualmente, recibirá un informe final de resultados una vez haya concluido el análisis de esta ronda.

A través de este [enlace](#) accederá al tercer y último cuestionario.

A la espera de sus noticias, le saludo cordialmente.

Anexo 8. Informe final Delphi-ronda 3



ESTUDIO DE LAS COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR (PEPSEE)

Apreciado/a Sr/Sra.,

Le presento a continuación el informe final de los resultados del análisis de las respuestas de grupo extraídas de la ronda 3.

El examen cualitativo y cuantitativo de las rondas anteriores permitió obtener una información más refinada y detallada que resultó de ayuda para la constitución de los ítems definitivos en la tercera ronda, facilitando esto la centralización de la opinión experta para la obtención del máximo grado de consenso alcanzable.

Dada la relación de ítems extraídos de la anterior iteración, se pidió a una nueva valoración siguiendo el criterio de su importancia, quedando distribuido el cuestionario —mayormente de respuesta cerrada— en idénticas partes que en la ronda precedente:

- En la primera parte se hacía referencia a la definición del PEPSEE, sometiendo a la valoración de los participantes los diferentes rasgos definitorios de éste.
- En la segunda parte se trataron los elementos de las nueve categorías competenciales del PEPSEE.

Para ambos bloques del cuestionario, se ofreció la posibilidad de incluir de forma abierta otros ítems y valorarlos también por su importancia. También se mantuvo el apartado de “Observaciones”, lo que permitió abarcar todas aquellas sugerencias expertas útiles para la concreción de la definición del PEPSEE y los elementos competenciales de éste.

Para abordar el análisis de resultados se ha comenzado con un análisis cuantitativo de la distribución de frecuencias (Media, Mediana y Moda) —tal y como se procedió en la segunda ronda—, después se han interpretado y cotejado los resultados alcanzados con las informaciones cualitativas, así como con los resultados obtenidos en la segunda ronda. Con ello se ha podido conocer dónde ha habido mayor acuerdo y qué ítems han sido mejor valorados por el conjunto del panel en esta última ronda, estableciendo un ranking. A partir de aquí, una vez fijado el nivel de convergencia estimado para el consenso, se dio por terminado el proceso.

Una vez realizada la ordenación de todos los ítems en función de su relevancia y grado de consenso alcanzado, como resultado del análisis se han identificado 11 rasgos definitorios del PEPSEE y 81 elementos competenciales distribuidos en las nueve categorías. De estos, 7 ítems no han llegado al nivel mínimo de acuerdo ni de consenso. Otros 47 han alcanzado alto nivel de acuerdo y también de consenso. Y 38 ítems han obtenido puntuaciones moderadas de acuerdo y/o consenso, siendo preciso optar por otros criterios para tomar una decisión.

Le presento a continuación (Tabla 1), un resumen de los rasgos definitorios del PEPSEE, así como de las competencias extraídas del análisis distribuidas en las nueve categorías competenciales.

Para terminar, le agradezco una vez más su participación, sin la cual no hubiera sido posible la realización del estudio. Quedo a su disposición para cualquier consulta que crea conveniente.

Le saludo cordialmente,

Tabla 1. Resultados ronda 3 sobre los rasgos definitorios del PEPSEE y sus competencias pedagógicas

RASGOS DEFINITORIOS DEL PEPSEE

1. Posee conocimientos y habilidades específicas para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces.
2. Guía y orienta al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud.
3. Utiliza metodología pedagógica apropiada y domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica.
4. Adquiere el compromiso de educar y se concibe como parte del proceso educativo.
5. Promueve el empoderamiento (que el alumno se convierta en protagonista en la construcción del propio conocimiento y adquiera responsabilidad en sus decisiones de salud en beneficio individual y comunitario).
6. Estimula acciones de salud a través de la relación interdisciplinar.
7. Entiende al educando desde una perspectiva integral abarcando todos los problemas a lo largo de su escolarización.
8. Posee “el saber” propio de la profesión enfermera.
9. Desarrolla sensibilidad docente, valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera.

COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PEPSEE

1. Conocimiento base para la enseñanza de salud en la escuela.

- 1.1. Conocimiento de la didáctica específica de la salud.
- 1.2. Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar.
- 1.3. Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional, recursos externos unidades educativas especiales).
- 1.4. Conocimiento del currículum educativo (finalidades, objetivos y de qué manera se integra la promoción de salud en él).
- 1.5. Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza.
- 1.6. Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud.
- 1.7. Conocimiento de la estructura de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar).
- 1.8. Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje).

2. Competencia interpersonal y trabajo en equipo.

- 2.1. Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar.
- 2.2. Capacidad de establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes.
- 2.3. Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo.
- 2.4. Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y la comunidad.
- 2.5. Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud.
- 2.6. Capacidad de gestión de situaciones estresantes con el equipo, desarrollando inteligencia emocional

- 2.7. Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad.
- 2.8. Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro.
- 2.9. Flexibilidad en la aplicación de procedimientos según la situación educativa.

3. Habilidades de mediación pedagógica.

- 3.1. Seleccionar estrategias y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados.
- 3.2. Utilizar materiales y recursos didácticos apropiados.
- 3.3. Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud.
- 3.4. Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes).
- 3.5. Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo.
- 3.6. Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente.
- 3.7. Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de los alumnos y de la comunidad escolar.
- 3.8. Diseñar procesos educativos ajustados a la realidad escolar, atendiendo a las diferencias individuales y de grupo.
- 3.9. Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados, y establecer conexiones entre éstos y los nuevos que se van adquiriendo.
- 3.10. Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud y las acciones orientadas hacia el fin educativo, adaptándose al progreso de los alumnos.
- 3.11. Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo.
- 3.12. Evaluación del proceso y resultado de aprendizaje del alumno de forma continua, reajustando la acción pedagógica, y propiciando que éste valore su propio aprendizaje.

4. Comunicación educativa.

- 4.1. Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al del alumno.
- 4.2. Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos.
- 4.3. Mantener un diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta.
- 4.4. Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición.
- 4.5. Acción discursiva coherente y motivadora.
- 4.6. Usar elementos propios del lenguaje no verbal (miradas, gestos...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza.
- 4.7. Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos; conciliadora y armónica, basada en los acuerdos. Lenguaje afectivo.

5. Actitud docente competente.

- 5.1. Actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación.
- 5.2. Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica.
- 5.3. Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud.
- 5.4. Disposición a compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa.
- 5.5. Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica.
- 5.6. Actitud constructiva positiva hacia el aprendizaje en salud.
- 5.7. Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa.
- 5.8. Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos.

6. Valores profesionales inherentes a la dimensión ética.

- 6.1. Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente.
- 6.5. Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad por el que pueda ser reconocido.
- 6.2. Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente.
- 6.3. Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud.
- 6.4. Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente.
- 6.5. Autorreflexión sobre la propia acción pedagógica.

7. Investigación en promoción de salud.

7.1. Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como aquellas condiciones y factores que favorecen el bienestar, evaluando el impacto de la intervención promotora en la salud del alumnado y comunidad.

7.2. Actualización constante en contenidos de salud.

7.3. Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela.

7.4. Actualización continua en docencia en base a líneas pedagógicas innovadoras.

7.5. Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante.

8. Competencia digital e innovación pedagógica.

8.1. Capacidad creativa y de innovación, poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC.

8.2. Capacidad para expresarse y comunicarse con el alumnado y la comunidad (tanto de forma sincrónica como asincrónica) utilizando el lenguaje propio de las TIC.

8.3. Capacidad para organizar, evaluar y optimizar los procesos educativos a través de las TIC.

8.4. Dominio de las herramientas TIC y ambientes virtuales de aprendizaje en salud.

8.5. Participación en redes y comunidades educativas de salud a través de las TIC. Utilización de redes sociales TEP (Facebook, Twitter...) para el posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela.

8.6. Dominio y utilización de las TIC en el área investigativa.

9. Coordinación y liderazgo educativo.

9.1. Capacidad de impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza de salud y participar de éstas.

9.2. Liderar el cambio en la experimentación de ideas promotoras de salud.

9.3. Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud.

9.4. Crear las condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje y que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa, promoviendo espacios de participación.

9.5. Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud, y coordinar las intervenciones consensuadas.

9.6. Promover la cultura de promoción de la salud en el centro escolar.

Anexo 9. Cuestionario Delphi-ronda 1



CUESTIONARIO DELPHI 1 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

0 %

Estimado/a Sr./a,

A continuación, le presento el primer cuestionario con dos preguntas abiertas que debe usted rellenar según su opinión, experiencia y mejor criterio. Respondiendo a este cuestionario, usted estará dando su conformidad con la participación en el estudio y posterior difusión de los resultados, en los términos descritos en la carta de presentación.

Puede escribir abiertamente lo que considere preciso sin límite de caracteres. Tiene usted la posibilidad de interrumpir la encuesta y reanudarla cuando lo desee en el mismo lugar que lo dejó, cerrando la ventana que esté usando y después volviendo al enlace de la carta de presentación (para ello, anote el código de continuación que le aparecerá en la esquina superior derecha de su pantalla).

El plazo de cumplimentación del primer cuestionario acaba el día 18 de noviembre de 2016.

Sig.

Le agradecería que primero cumplimentara algunas preguntas que tienen finalidad exclusivamente estadística, para concretar el perfil del grupo de expertos/as.

Escriba las iniciales de su nombre y primer apellido.

Ejemplo: Raquel Ayuso = RA

Su conocimiento sobre promoción de salud en el entorno escolar es:

0= Nulo; 5= Profundo

0 1 2 3 4 5

Ant.

Sig.

CUESTIONARIO DELPHI 1 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

33 %

Ahora rellene algunos datos sobre su formación académica, científica y profesional. Estos datos únicamente son necesarios para este primer cuestionario.

Formación académica

Breve descripción de su formación académica

Diplomatura	<input type="text"/>
Licenciatura	<input type="text"/>
Grado	<input type="text"/>
Postgrado	<input type="text"/>
Máster	<input type="text"/>
Doctorado	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>

Formación científica

Indique aquellas actividades de carácter científico que haya realizado a lo largo de su carrera profesional en relación a la temática de promoción de salud y/o entorno escolar

- Asistencia a cursos, congresos y/o jornadas de carácter nacional o internacional
- Participación en cursos, congresos y/o jornadas de carácter nacional o internacional
- Publicaciones en revistas científicas
- Otras publicaciones (libros, boletines informativos, periódicos...)
- Docencia impartida (pregrado, postgrado, Máster)
- Actividades relacionadas con la docencia y/o innovación docente
- Participación en comités, sociedades científicas, grupos de investigación...
- Premios y/o menciones
- Otros méritos o aclaraciones

Experiencia profesional

Breve descripción de su actividad laboral actual



CUESTIONARIO DELPHI 1 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

50%

Responda las dos preguntas siguientes de acuerdo a su conocimiento. No existen respuestas correctas e incorrectas.

Pregunta 1. Defina lo que en su opinión es un profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar *

Pregunta 2. ¿Cuáles cree que son las competencias pedagógicas necesarias del profesional de enfermería para llevar a cabo la promoción de la salud en el entorno escolar? *

*Entendiendo por competencias pedagógicas los conocimientos, habilidades y actitudes para intervenir en la formación integral del individuo.

Anexo 10. Cuestionario Delphi-ronda 2



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

0 %

Estimado/a Sr./a.,

A continuación, le presento el segundo cuestionario con dos partes bien diferenciadas. La primera hace referencia a la DEFINICIÓN del profesional de enfermería promotor de salud en la escuela. La segunda, alude a las COMPETENCIAS que éste debe poseer para llevar a cabo tal acción.

Le recuerdo que en esta ocasión el cuestionario es de respuesta cerrada, con espacios de texto abierto para concretar su opinión si precisa. El tiempo requerido para responderlo es de unos 10-15 minutos. También tiene usted la posibilidad de interrumpir la encuesta y reanudarla cuando lo desee en el mismo lugar que lo dejó, cerrando la ventana que esté usando y después volviendo al enlace adjunto en el mail (para ello, anote el código de continuación que le aparecerá en la esquina superior derecha de su pantalla).

El plazo de cumplimentación del segundo cuestionario acaba el día 5 de febrero.

Por favor, escriba las iniciales de su nombre y primer apellido

Ej. Raquel Ayuso = RA

Sig.

CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

8%

Valore por su grado de relevancia los siguientes rasgos en cuanto a la definición y caracterización del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar.

	Nada Relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS / NC
Es un mediador activo del aprendizaje del alumno, integrado en el entorno escolar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimula la iniciativa del alumno para que desarrolle su potencial y construya su propio conocimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimula acciones de salud con el alumno y/o comunidad a través de la relación interdisciplinar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guía al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posee conocimientos y habilidades para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posee "el saber" propio de la profesión enfermera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adquiere el compromiso de educar y se concibe como parte del proceso educativo integral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrolla valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estas características en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría alguna característica u observación?



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

17 %

En esta segunda parte de la encuesta se muestran NUEVE categorías competenciales relacionadas con el profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar, de las cuales se pide su valoración experta.

1. CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría).

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de normas teóricas para un aprendizaje significativo en salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de la estructura de la profesión docente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento del currículum educativo (integración de la promoción de salud).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?

Ant. Sig.



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

25 %

2. COMPETENCIA INTERPERSONAL Y TRABAJO EN EQUIPO. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría)

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considerar los conflictos como oportunidad de aprendizaje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y comunidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexibilidad en la aplicación de procedimientos colaborativos y actitud proactiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autocontrol en situaciones estresante con el equipo, desarrollando inteligencia emocional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo positiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

33 %

3. HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría)

	Nada relevante	Poco relevante	relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de alumnos y comunidad escolar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrollar procesos educativos de promoción de salud ajustados a la realidad escolar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atender a las diferencias individuales y de grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar con el alumno el aprendizaje significativo que ha de obtenerse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Establecer conexiones entre los conocimientos previos y los que se van adquiriendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud a enseñar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carácter flexible y adaptación al progreso de los alumnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seleccionar estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dinamización a través de la palabra y retroalimentación constante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizar materiales y recursos didácticos adecuados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluación de proceso y resultados de aprendizaje del alumno, reajustando la acción pedagógica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propiciar que el alumno valore su propio aprendizaje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

42 %

4. COMUNICACIÓN EDUCATIVA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría).

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Acción discursiva coherente y motivadora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al nivel del alumno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantener diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar elementos propios del lenguaje no verbal (gestos, miradas...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud comunicativa conciliadora y armónica con los alumnos, basada en los acuerdos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

50 %

5. ACTITUD DOCENTE COMPETENTE. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría).

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud constructiva y positiva hacia el aprendizaje en salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposición de compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?

Ant. Sig.



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

58 %

6. VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENSIÓN ÉTICA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría).

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Batante relevante	Muy relevante	NS/NC
Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconocimiento interno de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autorreflexión y autovaloración sobre la propia acción pedagógica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?

Ant. Sig.

CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

67 %

7. INVESTIGACIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría).

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Actualización constante en contenidos de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como los factores asociados a dicho estado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actualización continua en docencia, redefiniéndose en base a líneas pedagógicas innovadoras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?

CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

75 %

8. COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría).

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Utilizar herramientas tecnológicas en el contexto educativo (dispositivos móviles, pizarra digital...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominio de ambientes virtuales de aprendizaje en salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicación sincrónica (intercambio de información por Internet en tiempo real) y asincrónica utilizando el lenguaje propio de las TIC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participación en redes y comunidades educativas y de salud a través de las TIC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominio y participación en redes utilizadas como TEP (Tecnologías de Empoderamiento y Participación) para el posicionamiento enfermero en la promoción de salud en la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participación en acciones optimizadoras de los procesos educativos y de gestión escolar integrando las TIC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad para planificar, administrar y evaluar los procesos educativos de salud utilizando las TIC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad creativa y de innovación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

- Totalmente en desacuerdo
 En desacuerdo
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

83 %

9. COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría).

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Liderar el proceso de enseñanza en el aula, guiando al alumno en la consecución de las metas educativas en salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crear condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liderar el cambio en lo que respecta a la experimentación de ideas promotoras de salud en la escuela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impulsar el desarrollo profesional propio y el de sus compañeros de equipo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordinar intervenciones de promoción de salud consensuadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover espacios de participación para la creación de intervenciones promotoras de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Generar condiciones de colaboración con el profesorado y comunidad de forma constante y prolongada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambiar las condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomía para tomar decisiones en relación al currículum educativo y acciones promotoras de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actuar en conciencia profesional reforzando la cultura de promoción de la salud en el centro escolar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cree que estos elementos en general reflejan correctamente su opinión expresada en la primera ronda?

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

¿Añadiría algún elemento u observación?



CUESTIONARIO DELPHI 2 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

92 %

A horizontal progress bar with a grey fill and a white segment on the right, indicating 92% completion.

Usted ya ha completado el cuestionario. Muchas gracias por su participación.

Sus respuestas serán procesadas nuevamente a través de un análisis comparado con las del resto del grupo de expertos. Una vez elaborado el segundo informe, estos resultados le serán devueltos junto con el tercer y último cuestionario.

Ahora puede pulsar el botón "listo" para finalizar.

Ant.

Listo

Anexo 11. Cuestionario Delphi-ronda 3



CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

0%

Estimado/a Sr./a.,

A continuación, le presento el tercer y último cuestionario con el que se busca alcanzar el consenso de grupo para los ítems propuestos. Siguiendo la línea del anterior, tiene dos partes bien diferenciadas: La primera hace referencia a la DEFINICIÓN del profesional de enfermería promotor de salud en la escuela. La segunda, alude a las COMPETENCIAS que éste debe poseer para llevar a cabo tal acción.

El cuestionario es de respuesta cerrada, con espacios de texto abierto para concretar su opinión si precisa. Algunos ítems han sido reformulados y están ordenados según la mejor respuesta de grupo de la segunda ronda. Entre paréntesis puede ver la media aritmética de las valoraciones obtenidas en la ronda anterior.

El tiempo requerido para responderlo es de unos 10-15 minutos. También tiene usted la posibilidad de interrumpir la encuesta y reanudarla cuando lo desee en el mismo lugar que lo dejó, cerrando la ventana que esté usando y después volviendo al enlace adjunto en el mail (para ello, anote el código de continuación que le aparecerá en la esquina superior derecha de su pantalla).

El cierre definitivo del tercer cuestionario será el día 30 de junio.

Por favor, escriba las iniciales de su nombre y primer apellido

Ej. Raquel Ayuso = RA

Sig.

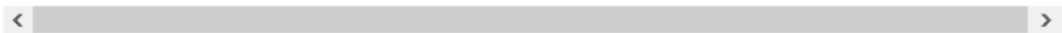
CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

8 %

Valore por su grado de relevancia los siguientes rasgos en cuanto a la definición y caracterización del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar. (Entre paréntesis puede ver la media aritmética de las valoraciones obtenidas en la ronda anterior). *

	Nada Relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Posee conocimientos y habilidades específicas para desarrollar procesos de enseñanza-aprendizaje de salud eficaces (4,79).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adquiere el compromiso de educar y se concibe como parte del proceso educativo (4,69).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entiende al educando desde una perspectiva integral abarcando todos los problemas a lo largo de su escolarización (ítem replanteado).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guía y orienta al alumno en su proceso de enseñanza-aprendizaje con objeto de alcanzar el bienestar en salud (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posee "el saber" propio de la profesión enfermera (Conocimiento elemental inherente a la disciplina enfermera) (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimula acciones de salud a través de la relación interdisciplinar (reciprocidad entre disciplinas) (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promueve el empoderamiento (que el alumno se convierta en protagonista en la construcción del propio conocimiento y adquiera responsabilidad en sus decisiones de salud en beneficio individual y comunitario) (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Está integrado en el centro escolar y comunidad educativa (ítem replanteado).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma parte del claustro y participa de la programación y definición las acciones educativas en salud (ítem replanteado).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrolla sensibilidad docente, valores pedagógicos más allá de la profesión enfermera (4,29).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza metodología pedagógica apropiada y domina estrategias didácticas basadas en la evidencia científica (4,14).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún rasgo más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ +1



Observaciones

CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

17 %

En esta segunda parte de la encuesta se muestran NUEVE categorías competenciales relacionadas con el profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar, de las cuales se pide su valoración experta. (Entre paréntesis puede ver la media aritmética de las valoraciones obtenidas en la ronda anterior).

1. CONOCIMIENTO BASE PARA LA ENSEÑANZA DE SALUD EN LA ESCUELA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría) *

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Conocimiento de las características particulares de los alumnos (capacidad y dificultades de aprendizaje) (4,86).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de la comunidad donde se lleva a cabo la enseñanza (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de intereses personales de los alumnos en lo que respecta a su salud (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento teórico-práctico del contenido de salud que se quiere enseñar (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento del currículum educativo (finalidades, objetivos y de qué manera se integra la promoción de salud en él) (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento del centro escolar (organización y estructura funcional, recursos externos y unidades educativas especiales) (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de la didáctica específica de la salud (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de la estructura de la profesión docente (lenguaje propio e implicaciones en el centro escolar) (4,29).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ +1



Observaciones



CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

25 %

2. COMPETENCIA INTERPERSONAL Y TRABAJO EN EQUIPO. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría) *

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Actitud de respeto y tolerancia en la relación con el equipo y comunidad (4,86).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud colaborativa en el desarrollo de propuestas curriculares para el mantenimiento de la salud escolar (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad para establecer diálogo pedagógico sobre intereses comunes (4,62).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participación en la planificación y operativización de acciones promotoras de salud (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades sociales efectivas y actitud comunicativa de equipo (4,54).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adaptación de los propios objetivos a los del equipo y centro (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad de negociación en la resolución de problemas con el equipo y comunidad (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad de gestión de situaciones estresantes con el equipo, desarrollando inteligencia emocional (4,36).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexibilidad en la aplicación de procedimientos según la situación educativa (4,36).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considerar los conflictos como oportunidad de aprendizaje (4,29).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ +1



Observaciones

CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

33 %

3. HABILIDADES DE MEDIACIÓN PEDAGÓGICA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría) *

	Nada relevante	Poco relevante	relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/N
Desarrollar procesos educativos de promoción de salud ajustados a la realidad escolar (4,86).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autocrítica y evaluación de la propia práctica docente (4,86).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluación de proceso y resultados de aprendizaje del alumno, reajustando la acción pedagógica (4,79).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seleccionar estrategias didácticas y métodos de enseñanza-aprendizaje adecuados (4,79).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atender a las diferencias individuales y de grupo (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceptar el error del alumno como parte natural del proceso de aprendizaje, dando margen a la autorregulación del mismo (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar elementos que pueden influir negativa o positivamente en la salud (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizar materiales y recursos didácticos adecuados (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar necesidades previas de aprendizaje en salud de alumnos y comunidad escolar (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Establecer conexiones entre los conocimientos previos y los que se van adquiriendo (4,46).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explorar potencialidades del alumno (conocimientos, habilidades y actitudes) (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrollar situaciones de aprendizaje en salud según los conocimientos previos detectados (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propiciar que el alumno valore su propio aprendizaje (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidad en técnicas grupales y de fortalecimiento de grupo (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dinamización a través de la palabra y retroalimentación constante (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceptualizar, estructurar y secuenciar los contenidos de salud a enseñar (4,36).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carácter flexible y adaptación al progreso de los alumnos (4,36).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ +1



Observaciones



CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

42 %

4. COMUNICACIÓN EDUCATIVA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría). *

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Mantener diálogo abierto y receptivo en el aula y fuera de ésta (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lenguaje aseverativo, evitando la autoridad e imposición (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud comunicativa flexible y tolerante a la participación de los alumnos (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud comunicativa conciliadora y armónica con los alumnos, basada en los acuerdos (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidades lingüísticas y paralingüísticas eficaces, adaptando el lenguaje propio al nivel del alumno (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adecuar el mensaje de salud a los intereses y necesidades de los educandos (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar elementos propios del lenguaje no verbal (gestos, miradas...) como instrumento transmisor de afecto, seguridad y confianza (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acción discursiva coherente y motivadora (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ +1



Observaciones



CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

50 %

5. ACTITUD DOCENTE COMPETENTE. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría). *

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Disposición de ayuda hacia los alumnos y el resto de la comunidad educativa (4,93),	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud tolerante y de respeto ante las diferencias en la educación (4,86).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud dialógica y de negociación en la relación pedagógica (4,86).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud constructiva y positiva hacia el aprendizaje en salud (4,79).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposición permanente al aprendizaje en la tarea pedagógica (4,79).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud abierta a propuestas de mejora continua en promoción de salud (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposición a compartir ideas y aprender con los alumnos y comunidad educativa (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud receptiva a las vivencias y realidad de los educandos (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

⌵ +1



Observaciones



CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

58 %

6. VALORES PROFESIONALES INHERENTES A LA DIMENSIÓN ÉTICA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría). *

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Compromiso de contribuir al bienestar escolar a través de un ejercicio docente de calidad (4,86).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actualización y capacitación constante en el ejercicio profesional docente (4,79).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsabilidad de desarrollar de manera óptima las intervenciones docentes de promoción de salud (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposición intrínseca y/o motivación personal por desempeñar el rol docente (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autorreflexión y autovaloración sobre la propia acción pedagógica (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimiento de sí mismo tomando conciencia del rol docente (4,29).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconocimiento interno de las dimensiones y connotaciones de la tarea educativa (4,21).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ +1



Observaciones



CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

67 %

7. INVESTIGACIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría). *

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Búsqueda constante de políticas educativas y programas eficaces de promoción de salud en la escuela (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploración permanente de estrategias y métodos, materiales y recursos docentes renovados y adaptados al entorno escolar cambiante. (4,71).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploración permanente del estado de salud de la población, especialmente en la etapa escolar, así como los factores asociados a dicho estado (4,64).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actualización constante en contenidos de salud (4,62).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actualización continua en docencia, redefiniéndose en base a líneas pedagógicas innovadoras (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ +1



Observaciones

Ant. Sig.



CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

75 %

8. COMPETENCIA DIGITAL E INNOVACIÓN PEDAGÓGICA. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría). *

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Capacidad para organizar, planificar y evaluar a través de las TIC (4,43).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad creativa y de innovación, poniendo en práctica nuevas ideas de promoción de salud a través de las TIC (4,38).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habilidad para optimizar los procesos educativos a través de las TIC (4,23).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominio de herramientas TIC y ambientes virtuales de aprendizaje en salud (4,21).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participación en redes y comunidades educativas y de salud a través de las TIC (4,08).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad para expresarse y comunicarse con el alumnado y la comunidad (tanto de forma sincrónica como asincrónica) utilizando lenguaje propio de las TIC (3,93).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominio en redes sociales utilizadas como TEP (Tecnologías de Empoderamiento y Participación), tales como Facebook o Twitter, para el posicionamiento enfermero en referencia a la promoción de salud en la escuela (3,83).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dominio y utilización de las TIC en el área investigativa (ítem adicional)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más? (Si no desea añadir nada, escriba "NO" junto con la opción NS/NC para continuar la encuesta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓ +1



Observaciones



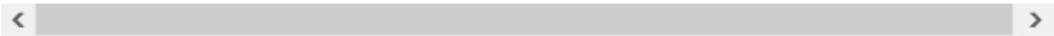
CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

83 %

9. COORDINACIÓN Y LIDERAZGO EDUCATIVO. (Valore por su grado de relevancia los siguientes elementos referentes a esta categoría). *

	Nada relevante	Poco relevante	Relevante	Bastante relevante	Muy relevante	NS/NC
Impulsar mejoras en las condiciones de enseñanza en salud, y participar de éstas (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liderar el cambio en lo que respecta a la experimentación de ideas promotoras de salud en la escuela (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad para influir en la dirección y organización del centro en lo que respecta a la mejora de la salud (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordinar intervenciones de promoción de salud consensuadas (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crear condiciones de grupo que favorezcan el aprendizaje, así como las condiciones que aseguren la colaboración con el profesorado y la comunidad educativa (4,57).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover espacios de participación para la creación de intervenciones promotoras de salud (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implicación en el desarrollo de las políticas educativas del centro respecto a la dimensión de salud (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambiar las condiciones del contexto escolar que inhiben el progreso en salud (4,50).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad para promover la cultura de promoción de la salud en el centro escolar (4,36).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Control y capacidad de acción en el aula, liderando el proceso de enseñanza en el aula (4,14).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Añadiría algún elemento más?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

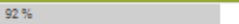
⌵ +1



Observaciones



CUESTIONARIO DELPHI 3 - COMPETENCIAS PEDAGÓGICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PROMOTOR DE SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

92 % 

Usted ya ha completado el cuestionario. Muchas gracias por su participación.

Sus respuestas serán procesadas nuevamente a través de un análisis comparado con las del resto del grupo de expertos. Recibirá un informe final de resultados una vez haya concluido el análisis de esta última ronda.

Ahora puede pulsar el botón "listo" para finalizar.

[Ant.](#) [Listo](#)

Anexo 12. Guion de entrevista. Elaboración propia.

<p>Sección 1</p>	<p>Datos contextuales e introductorios. Cargo del entrevistado en la actualidad. Experiencia profesional en el ámbito escolar.</p> <p><i>¿Qué opinión tiene sobre la promoción de salud en el entorno escolar? ¿Cree que la promoción de salud es una prioridad de enseñanza en el desarrollo del alumno? ¿Cómo cree que se está desarrollando a su modo de ver? ¿Cree que la promoción de salud está integrada en la Escuela de forma adecuada? ¿Qué opinión tiene del programa Salud i Escola y de otros programas de su conocimiento? ¿Qué piensa de la figura del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE)?</i></p>	
<p>Sección 2</p>	<p>Bloque temático</p> <p>1. Planificación adecuada y asignación considerable en el plan de estudios.</p>	<p>Subtemas</p> <p>- Implicación institucional. <i>¿Cómo cree que contribuyen los responsables institucionales en la mejora de la promoción de salud en la escuela?</i></p> <p><i>Incidir en si cree que hay una visión clara de los beneficios potenciales de los programas de salud escolar por parte de las fuerzas políticas; si cree que hay voluntad institucional para poner realmente en práctica la promoción de salud; si siente que tiene apoyo suficiente de los responsables para implementar la EpS en la Escuela (normativas, campañas, política de subvenciones...); y si cree que hay coordinación suficiente entre el Dpto. de Sanidad y el de Educación para llevar a cabo acciones promotoras de salud en la escuela.</i></p> <p>- Legislación y normativa educativa. <i>¿Cómo cree que se refleja la promoción de salud en la legislación educativa actual?</i></p> <p><i>Incidir en si es de forma implícita o exigüamente, y de qué forma cree que se integra en el plan de estudios actualmente; si cree que se asigna el tiempo suficiente; si se realiza de forma continua y regularmente; si cree que es necesario una inclusión más explícita y desarrollada de la promoción de salud en la escuela dentro de las leyes de educación y el desarrollo de normativas (por ejemplo, si cree que hace falta disponer de un marco legal que obligue a los centros a introducir la EpS en el Proyecto Educativo de Centro); y si sería beneficioso añadir una</i></p>

asignatura de "promoción de salud" en el plan de estudios, obligatoria o bien optativa.

- Realidad operativa. ¿Cómo se lleva a cabo la planificación de las intervenciones de promoción de salud en la escuela? ¿Qué opinión tiene acerca de los recursos (humanos, económicos, materiales, estructurales) para llevar a cabo la EpSE?

Incidir en si cree que se planifica de forma adecuada; si cree que los programas y/o intervenciones educativas de salud están bien diseñados, monitorizados y evaluados (por ejemplo, si los programas educativos se desarrollan en base a una planificación estratégica de salud y educación, o bien a un aspecto de salud puntual percibido en un momento determinado; si se hacen sesiones de seguimiento y evaluación de las intervenciones llevadas a cabo). Incidir en si cree que los programas alcanzan a todos los alumnos por igual, o si piensa que puede haber desigualdades en la implementación de EpS.

- Coordinación de equipo. ¿Qué opinión tiene acerca de la coordinación entre los miembros del equipo para llevar a cabo acciones promotoras de salud en la escuela?

Incidir en si cree que hay suficiente participación en el equipo para llevar a cabo la promoción de salud en la escuela, y a qué se debe si ésta es baja.

- Implicación del profesional de enfermería. ¿Cree que el profesional de enfermería debería tener más implicación y responsabilidad en la promoción de salud en la escuela? ¿En qué condiciones?

Incidir en cómo cree que se beneficiaría la salud del centro escolar si el profesional de enfermería participara en la creación y desarrollo de un marco legal para la promoción de salud en la escuela; si piensa que el PEPSEE colaborador y partícipe del Proyecto Educativo de Centro, puede contribuir sustancialmente en la mejora de la salud del alumnado y comunidad escolar; si piensa que es importante que el profesional de enfermería esté integrado en la Escuela de forma continuada para contribuir sustancialmente en la mejora de la salud, y cómo cree que podría beneficiar a la escuela esta

		<p><i>integración; si piensa que un profesional de enfermería con competencias pedagógicas específicas podría desarrollar una asignatura de EpS.</i></p>
	<p>2. Alianza estratégicas intersectorial salud-educación y apoyo externo de la comunidad.</p>	<p>- Colaboración comunitaria. ¿Qué opinión tiene de la participación comunitaria en la promoción de salud en la escuela?</p> <p><i>Incidir en si cree que la comunidad participa lo suficiente o no; si existe coordinación entre la comunidad y la escuela para apoyar las actuaciones promotoras de salud; si se integran los programas de EpS con iniciativa de la comunidad, y si cree que se alienta la participación comunitaria desde la escuela.</i></p> <p>- Colaboración familia. ¿Qué opinión tiene de la participación familiar en la promoción de salud en la escuela?</p> <p><i>Si cree que hay implicación familiar; si se llevan a cabo intervenciones de EpS para la familia, profesores, comunidad en general, o son exclusivas para el alumnado; y si cree que se promueve la participación familiar desde la escuela o desde el ámbito sanitario.</i></p> <p>- Colaboración con el alumnado. ¿Cuál es la aportación de los alumnos en las actividades de promoción de salud de salud?</p> <p><i>Incidir en si cree que es importante que los alumnos tengan la oportunidad de aportar su opinión con respecto a las intervenciones educativas de salud dentro la escuela (conocimientos, intereses...); y si cree que se tiene en cuenta actualmente su opinión.</i></p> <p>- Colaboración con el profesorado. ¿Cuál es la relación que se establece con el profesor-tutor?</p> <p><i>Incidir en el tipo de relación con el profesor-tutor para llevar a cabo la acción educadora en salud. Barreras, limitaciones, fortalezas de dicha relación.</i></p> <p>- Colaboración ámbito sanitario-educativo. ¿Cree que hay una buena coordinación entre ambos ámbitos en las actuaciones de promoción de salud en la escuela?</p>

		<p><i>Incidir en si cree que hay implicación de los servicios de salud o bien una participación puntual en alguna oferta de formación específica.</i></p> <p>- Implicación del profesional de enfermería. ¿Cómo cree que el profesional de enfermería (como figura de enlace entre la comunidad, la escuela y el ámbito sanitario) podría contribuir en la mejora de la salud escolar?</p> <p><i>Incidir en si cree en esta figura con competencias pedagógicas específicas como líder capaz de coordinar y enlazar las acciones promotoras de salud en la escuela.</i></p>
	<p>3. Profesionales formados para la acción promotora de salud.</p>	<p>- Formación recibida. ¿Qué opinión tiene sobre la formación base recibida del profesional de enfermería en promoción de salud en el entorno escolar?</p> <p><i>Incidir en si cree que tiene formación suficiente para llevar a cabo EpS en la escuela o bien precisa de conocimientos específicos. Incidir en el grado de responsabilidad en su formación en EpS, cómo ha sido su experiencia personal formativa.</i></p> <p>- Metodología de enseñanza. ¿Qué tipo de metodología se utiliza para llevar a cabo la promoción de salud en la escuela?</p> <p><i>Incidir sobre si cree que se llevan a cabo procesos de enseñanza-aprendizaje en salud de calidad; si cree que el contenido y los temas de las intervenciones educativas de salud se plantean a las edades y al nivel de madurez oportuno; si las intervenciones llevadas a cabo tienen un diseño sólido orientado al desarrollo de habilidades específicas de salud de los alumnos y/o comunidad; si cree que se aporta la metodología y estrategias suficientes para aplicar los contenidos de salud a las diferentes etapas evolutivas; si en las intervenciones predomina más el enfoque informativo, de transmisión de información, o bien se da prioridad a que el alumno desarrolle su propio potencial; si en las intervenciones hay conexión y coherencia; si hay procedimientos de seguimiento y evaluación tanto de la acción como del resultado de las mismas.</i></p>

	<p>- Implicación del profesional de enfermería. Partiendo de que el profesional de enfermería tiene un conocimiento y experiencia en salud inherente a su profesión, ¿cree que debería desarrollar también unas competencias pedagógicas específicas para optimizar la implementación de acciones promotoras de salud en la escuela?</p> <p><i>Incidir en el grado de implicación con la EpSE, y a qué se debe la mayor o la menor implicación; si cree que el personal está motivado, y qué factores influyen en la motivación (presión asistencial, falta de formación, de recursos...). Incidir en si cree que es importante que los profesionales de enfermería que acuden al centro escolar tengan un conocimiento base para la enseñanza (conocimiento del centro escolar, estructura de la profesión docente, del alumnado y de la comunidad, dificultades de aprendizaje, entre otros); qué piensa que podría mejorar con el desarrollo de dichas competencias, y si cree que estas competencias deberían desarrollarse como una asignatura en el Grado de Enfermería y/o facilitarse como formación continuada. Incidir en si siente que podría participar en esa mejora; y si cree que el personal sanitario debe tener más implicación y responsabilidad en la promoción de salud en la escuela.</i></p>
--	--