



LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO CON JÓVENES EN SITUACIÓN VULNERABLE:

DIFICULTADES, METODOLOGÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS

Financiado por:





**“LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO
CON JÓVENES EN SITUACIÓN VULNERABLE:
DIFICULTADES, METODOLOGÍAS Y BUENAS PRÁCTICAS”**

Equipo de investigación

Directora de investigación LEECP: M^a Jesús Eresta Plasín

Responsable de la investigación: Eva López Reusch

Investigador colaborador: Sebastiá March LLull



ÍNDICE

➤ PRESENTACIÓN	04
➤ INTRODUCCIÓN Y AGRADECIMIENTOS	06
➤ MARCO TEÓRICO	08
➤ MARCO METODOLÓGICO	11
➤ RESULTADOS	13
1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	13
2. ¡SALUD!	17
2.1. Conceptualizar para intervenir	18
2.2. La salud adolescente en entornos vulnerables	19
2.3. Las consultas del alumnado	24
3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO PROMOTORA DE BIENESTAR SOCIAL	26
3.1. Capacidad de influencia del entorno educativo	27
3.2. Expectativas y limitaciones	28
4. LO QUE DEBERÍA VERSE: TRANSVERSALIDAD	31
4.1. Recursos personales: La formación del docente	32
4.2. El abordaje de la EpS en el centro educativo	36
4.3. Recursos institucionales y organizativos	44
5. LO QUE NO SE VE: EL OTRO CURRÍCULO	47
5.1. La Escuela como espacio simbólico	48
5.2. Agentes clave, relaciones y participación	50
6. CONCLUSIONES	54
6.1. Principales Hallazgos	54
6.2. Recomendaciones	58
6.3. Reflexiones finales	61
7. BIBLIOGRAFÍA	63
➤ ANEXO	64
1. TABLAS DE RESULTADOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	64
2. MODELO DE CUESTIONARIO	75
➤ BUENAS PRÁCTICAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	80

► PRESENTACIÓN

La Liga de la Educación y Cultura Popular es una organización con una larga trayectoria y experiencia de intervención en infancia y adolescencia. Sus actuaciones han estado orientadas desde la perspectiva de compensar diferencias y ayudar a la consecución de la igualdad. Por eso dirige su compromiso a la población infanto-juvenil más desfavorecida o en contextos de mayor vulnerabilidad. Siempre atenta y activa con las propuestas educativas generales que en nuestro país se dictan desde las instituciones y el correlato docente que se genera en las aulas. Somos una organización que actúa en el mundo educativo y que analiza y propone a las instituciones las ideas que considera enriquecedoras para el Proyecto Educativo de nuestros niños/as y jóvenes.

Fruto de esta experiencia son los Proyectos de Investigación que hemos realizado a lo largo de estos años en infancia y adolescencia, disponibles en nuestra página web como recurso público de docentes y estudiantes.

En esta ocasión, y después de muchos años trabajando en nuestros programas de Educación para la Salud (EPS), vimos la necesidad de investigar sobre el papel del docente como educador en temas saludables. Esta investigación que presentamos, nos muestra claves importantes para observar las necesidades y los posibles itinerarios a recorrer para incorporar esta área de conocimiento dentro del currículo educativo, como una responsabilidad social que la educación tiene con la ciudadanía más joven.

La Salud ha sido interpretada desde un concepto extremadamente simplista como es: la ausencia de enfermedad. Como veremos en la propia introducción de nuestro trabajo, actualmente el concepto de salud habla del bienestar personal y social. Entender la salud como una búsqueda y una responsabilidad personal que, a su vez, está condicionado por el entorno social donde se ubica a la persona. La construcción de nuestros hábitos saludables está en cercana relación con nuestros iguales y con nuestros escenarios ciudadanos. Por ello, la construcción de una moral colectiva de Salud será la responsable de la generación de unos valores éticos individuales en las personas que ayuden a su bienestar y al del entorno.

Necesitamos que nuestra infancia y adolescencia se forme en unas ciudades y pueblos saludables y lo haga en unos centros escolares donde el entorno sea saludable y su Proyecto Educativo esté apoyado sobre valores saludables de vida y de convivencia.

Estas generosas ideas, se comparten habitualmente, pero la realidad que muestra en el centro escolar este informe no lo avala. Mientras la institución educativa tenga sólo obligación del cumplimiento académico y deje las “otras educaciones” a la buena voluntad del docente, sin incorporar al currículo y sin evaluación, estamos dejando a nuestro alumnado abandonado en uno de sus más importantes aprendizajes para la vida.

Observando las dudas más importantes que la adolescencia muestra en el aula, comprendemos la importancia de acompañar a esos adolescente en su incorporación autónoma a la vida. Sin auténticos aprendizajes y nuevos reclamos atractivos, dejamos a los adolescentes que vayan formando una personalidad, influida en gran medida por su interacción con los iguales, sin orientaciones éticamente saludables. Dejándolos solos en sus aprendizajes y contactos con el alcohol, drogas, adicciones tecnológicas, sexo, afectividad y convivencia, buscándose entre ellos el camino y recurriendo a los reclamos más oportunistas, machistas, y especialmente poco saludables.

Hay una responsabilidad histórica de los Ministerios, de las Comunidades, de los Ayuntamientos, de la Publicidad, de la Seguridad... en el dictado de leyes, programas educativos oficiales, campañas de nuevos modelos juveniles, de nuevos estilos y de nuevos entornos amables. Generar todo un contexto saludable es tarea de todo el mundo. El trabajo docente, su preparación y dedicación se multiplicará en las EPS cuando estemos conscientes de que es una de las asignaturas más importantes para caminar por la vida de manera más feliz.

María Jesús Eresta Plasín

Directora de investigación de la Liga
Española de Educación y Cultura Popular

Victorino Mayoral Cortés

Presidente de la Liga Española
de la Educación y Cultura Popular



► INTRODUCCIÓN Y AGRADECIMIENTOS

El alcance y objetivos de la presente investigación sobre Educación Para la Salud (EpS) en centros educativos no se limita a una diagnosis fruto del análisis estadístico y discursivo de la población consultada. Supone, sobre todo, una oportunidad para facilitar espacios de reflexión, auto-conocimiento y participación de la comunidad educativa y una motivación para abrir interrogantes más que para hallar la respuesta definitiva a ciertas cuestiones.

También supone una invitación a ampliar y *afinar* la mirada: el hecho de que malestares pertenecientes a la dimensión más social de la salud (por ejemplo, igualdad de género) no sean percibidos por las personas consultadas como problemas de salud no significa que no existan, como sucede también con la influencia del currículum oculto de los centros educativos en la perpetuación de hábitos, relaciones y roles no saludables .

El abordaje de la EpS se inserta en un debate más amplio acerca de la función de la escuela y la crisis de valores. El discurso del “deber ser” interactúa constantemente con el discurso “realista” fruto de la situación contradictoria que supone la creciente necesidad y exigencia de incorporar competencias no curriculares sin un replanteamiento del sistema educativo actual, centrado en la asignatura y los resultados académicos.

Este debate es especialmente pertinente en el contexto de los institutos que han formado parte de la investigación, en tanto en cuanto el entorno escolar supone un recurso fundamental para la transformación social.

El proceso investigador tanto como sus resultados ha ofrecido indicadores muy interesantes que describen el estado de la cuestión: lograr el número suficiente de cuestionarios no ha sido tarea fácil, en parte, por la vivencia casi generalizada del personal docente de que su participación en esta investigación suponía “un trabajo extra”, en parte, por cierto temor a ser interpelado. Estas dinámicas son inherentes al sistema educativo actual y explican en buena parte la hipótesis que aquí se plantea.

Agradecemos enormemente el interés, el tiempo y las valiosas aportaciones del profesorado, el personal directivo, las y los orientadoras/es y el alumnado participante y respetamos la decisión de las personas que decidieron no hacerlo. Para todas ellas se puso en marcha esta investigación.

Agradecemos también el apoyo del equipo voluntario de la LEECP, sus Ligas Federadas y el trabajo de documentación de Pilar Herrera Trevilla, así como la colaboración técnica de la cooperativa APLICA.

Eva López Reusch

Responsable de la investigación



► MARCO TEÓRICO

Son numerosas las investigaciones dedicadas a describir el estado de la cuestión en relación a la Educación para la Salud (EpS) en el ámbito educativo. Es un interés sostenido en el tiempo, por un lado, por el consenso que existe desde hace más de una década de que la salud es un elemento esencial en la formación integral del alumnado y su rendimiento académico y, por otro, porque los sucesivos cambios legislativos en materia de educación plantean escenarios diferentes que condicionan el abordaje de la EpS en los centros educativos. De forma genérica, diremos que la EpS tiene como fin promocionar el bienestar personal y social de las personas (Font, 2002).

La presente investigación se plantea el año en que finaliza el periodo de implantación previsto de la LOMCE (2013), que abrió, desde su creación, nuevos interrogantes y debates en torno, entre otras novedades, al contenido del currículo.

La LOMCE es la quinta ley educativa de la democracia española después de la LODE (1985), LOGSE (1990), LOCE (2002), LOE (2006). Aunque la Educación para la Salud (EpS) siempre ha estado presente en la escuela, con mayor o menor intensidad, especialmente en el área de las ciencias de la naturaleza, los contenidos y objetivos sobre salud se incluyen definitivamente en el currículo escolar cuando se realiza la reforma del sistema educativo el 3 de octubre de 1990, reflejada en la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) promulgada ese año. Dichos contenidos se introdujeron por medio de los denominados temas transversales. Con la LOE se amplían los objetivos de salud y se introduce la Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos (EPC), nombre que recibió una asignatura diseñada para el último ciclo de la Educación Primaria y toda la Educación Secundaria que, entre otros, recogía entre sus objetivos y contenidos el conocimiento de las normas de seguridad vial, la cultura de respeto al medio ambiente y unos hábitos de vida saludables, la atención a la diversidad o la igualdad mujeres-hombres y la prevención de la violencia de género. La asignatura desapareció completamente en 2016.

Actualmente, de forma curricular algunas temáticas sobre salud están contempladas en los contenidos de asignaturas concretas: biología, geografía e historia y educación física, pero se abordan generalmente bajo planteamientos unilaterales “y su tratamiento suele ser marginal, asistemático, poco riguroso y medicalista” (Zabala, 1990) y, de forma más contextualizada y amplia en ética, pero esta asignatura es optativa. El resto de competencias relacionadas con salud se recogen en los objetivos generales de cada etapa educativa, pero no se concretan en contenidos didácticos. Más allá, las competencias de salud sexual,

por ejemplo, están transferidas a las consejerías de cada región y, por ello, la Estrategia de Salud sexual varía según la Autonomía. La Ley de Salud Sexual y Reproductiva de 2010 sí señala su inclusión en el currículum educativo, aunque tampoco señala de qué forma.

Investigaciones anteriores concluyen, en general, que el abordaje de los contenidos de los ejes transversales del currículo¹, como es la EpS es, en la práctica, un abordaje puntual y depende en gran medida de la motivación o apuesta personal del docente o la dirección de cada centro. La mayoría del profesorado manifiesta una actitud positiva hacia la Educación para la Salud (Calabuig, 1987; García y López Nomdedeu, 1991), sin embargo, no llega a un tercio los que afirman que tratan con frecuencia algún tema de salud en clase (Costa Pau 1992). En 2018 y, como veremos en los resultados de la presente investigación, se sigue reproduciendo esta circunstancia, sobre la que hemos profundizado, asociándola a perfiles personales y profesionales específicos y a ámbitos geográficos concretos y que atiende especialmente a la influencia que pueda tener la EpS en jóvenes en situación vulnerable.

Más allá del concepto de *Transversalidad*, el concepto de *Salud* que adopten las y los educadores es, sin duda, fundamental cuando se investiga acerca de la aplicación de la Educación para la Salud en el entorno educativo. En este sentido, hemos aplicado la escala propuesta por Valentín Gavidia Catalán, en cinco niveles de representación de la salud, que ascienden en grado de complejidad y que se corresponden con otras tantas definiciones extraídas del proceso histórico de construcción del concepto:

- **Nivel I:** La salud como ausencia de enfermedades e invalideces. (Visión Tradicional).
- **Nivel II:** La salud como estado de bienestar, como ideal de vida. (OMS, 1946).
- **Nivel III:** La salud como el equilibrio con el entorno debido a un proceso de adaptación. Bienestar social. (Dubos 1967).
- **Nivel IV:** La salud como una manera de vivir, como proceso de cambio. Necesidad de hacer algo por cambiar el medio. (Congreso de médicos y biólogos de lengua catalana, 1978).
- **Nivel V:** La salud como producto multicausal que se identifica con el desarrollo personal, como medio para la mejora de la calidad de vida, no como objeto de la misma. (OMS 1984).

¹ **Transversalidad curricular:** “conjunto de características que distinguen a un modelo curricular cuyos contenidos y propósitos de aprendizaje van más allá de los espacios disciplinares y temáticos tradicionales, desarrollando nuevos espacios que en ocasiones cruzan el currículum en diferentes direcciones, en otras sirven de ejes a cuyo alrededor giran los demás aprendizajes, o de manera imperceptible y más allá de límites disciplinares impregnan el plan de estudio de valores y actitudes que constituyen la esencia de la formación personal, tanto en lo individual como en lo social”. Moreno Casteñeda, Manuel (2004:6).



Estos niveles están íntimamente relacionados con la relevancia que se de, tanto en la detección como en el enfoque educativo, a los factores individuales o sociales del estado de salud del alumnado.

Según el **modelo de los factores determinantes sociales de la salud** de Dahlgren y Whitehead, hay diversas capas que influyen en la salud de las personas. En la capa más interna e individual se encontrarían los hábitos, influida por la red social del ámbito cercano (familia, barrio, grupo de iguales) y ésta a su vez, por las condiciones de vida y de trabajo (contexto social, económico, medioambiental y político). Otorgar más responsabilidad a los factores de las capas más internas, como son los hábitos o los estilos de vida, puede suponer restar importancia a los determinantes más estructurales, y por tanto, una culpabilización de los individuos. Así, sería deseable considerar todos los determinantes sociales de la (mala) salud a la hora de reflexionar sobre sus causas o de programar intervenciones o formaciones sobre estos temas.

Desde esta reflexión social y ecológica de los determinantes de la salud, la escuela saludable tiene que dar paso necesariamente a la **Escuela Promotora de Salud**, que trata de integrar el centro educativo en su entorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Escuela Promotora de Salud como *“una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar”*. Este modelo de Escuela adopta principios relacionados tanto con el alumnado y el personal como con el espacio físico del centro y su entorno:

- Promueve la salud y el bienestar del alumnado y el personal.
- Defiende ideas de justicia social y equidad.
- Implica la participación y empoderamiento.
- Crea un entorno seguro.
- Relaciona cuestiones de los sistemas de salud y enseñanza .
- Colabora con la Comunidad local.
- Integra la salud en las actividades regulares del centro.
- Involucra a las familias.

Muy en consonancia, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud² dice: *“la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo”*.

² La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”.

De estos principios, por tanto, partimos en esta investigación para construir los indicadores que nos permitan saber en qué punto se encuentran los centros estudiados y en qué podrían mejorar para convertirse en Escuelas Promotoras de Salud.

► MARCO METODOLÓGICO

El objetivo de la presente investigación es contribuir a aumentar el bienestar de jóvenes de entornos vulnerables mejorando los recursos y capacidades de los centros educativos a favor de la integración, la igualdad social y el respeto por la diversidad.

A pesar de la importancia que posee la Educación para la Salud (EpS) en el ámbito escolar como medida educativa que contribuye al bienestar físico, mental y social del adolescente, existen suficientes indicios para partir de la **hipótesis** de que la EpS en la educación secundaria resulta actualmente deficitaria, aplicándose de manera coyuntural y descontextualizada del resto de las materias. Todo ello tendría como resultado que no se esté respondiendo a las necesidades del alumnado en los nuevos contextos sociales (crisis socioeconómica y medioambiental, nuevos hábitos de consumo, cambios sociales y tecnológicos), especialmente el perteneciente a entornos vulnerables.

Metodología

Se aplicó una **metodología mixta**, cuantitativa-cualitativa, a través de:

- Cuestionarios semiestructurados on-line y en papel dirigidos a personal docente y orientadoras/es.
- Entrevistas en profundidad a directoras y directores de centro.
- Grupos focales con tutores/as, progenitores y alumnado.

El **muestreo fue de conveniencia**, entre centros educativos de Educación Secundaria de zonas de transformación social, preferentemente, realizándose el trabajo de campo en el periodo de Febrero a Junio de 2018.

A la hora de seleccionar las **variables** de la investigación se ha tenido en cuenta las dimensiones tanto personales como institucionales (curriculares, organizativas y comunitarias) relacionadas con la promoción de la salud en los centros educativos:

- **Datos de clasificación:** localidad, provincia, CCAA, edad, sexo, puesto (Equipo directivo/orientación/profesorado), y asignatura. Las asignaturas fueron recodificadas como Castellano, 2ª Lengua (Inglés, Francés, etc.), Ética y Filosofía, Ciencias Sociales y Humanidades (p.e. Historia), Educación Física, Biología, Otras Ciencias diferentes a Biología (Física, Química, Matemáticas), Tecnología y Artes, y otras (contenidos específicos de Formación Profesional, etc.).
- **Variables con respuestas tipo Likert indicando grado de acuerdo:** concepción de Salud, valoración de la salud del alumnado, influencia y responsabilidad del ámbito de la educación en la salud del alumnado y valoración de la necesidad de investigaciones sobre este tema.
- **Variables de respuesta abierta que han sido recodificadas:** factores relacionados con la salud, motivos de consulta y aportaciones abiertas sobre el tema
- **Variables de respuesta Sí/no/no sé:** detección de problemas de salud (chicas y chicos por separado de un listado de 14), recursos organizacionales para el abordaje integral en salud: (12 ítems), evaluación de las acciones de educación para la salud, formación en salud (11 temáticas) y canal de formación (autoformación/continuada/otros).
- **Variables de frecuencia, con respuestas ordinales:** frecuencia consultas de salud recibidas y uso de canales de participación.
- **Abordaje de los contenidos de salud:** (curricular, extracurricular, mediante tutorías, mediante talleres impartidos por personas expertas o ninguno).
- **Definición de currículo oculto:** (escoger entre 4 definiciones).

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo general y análisis multivariante combinando diversas variables de clasificación con respuestas del cuestionario. Particularmente, se exploró qué variables se relacionaban con realizar un abordaje curricular de la salud. Cuando en los resultados se destaque diferencia de comportamiento de una variable respecto a otra (por ejemplo, diferencias por sexo en la distribución de una variable) significa que se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa con un 5% de nivel de confianza.

Paralelamente, se analizaron los discursos de entrevistas y grupos así como el material etnográfico, integrando toda la información el informe final.

► RESULTADOS

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Las características de la muestra se corresponden con el perfil del universo estudiado: gran mayoría de profesoras de ESO, de ciencias o lenguas, con edad que varía entre los 25 y los 66 años, más mujeres orientadoras y más hombres en puestos directivos.

El contexto del alumnado de los institutos consultados comparte ciertas características cuyas peculiaridades están asociadas, sobre todo, a su ubicación en terreno rural o urbano. En las grandes capitales existen mayores diferencias entre los barrios menos favorecidos y el resto de la población, no así en las localidades más pequeñas o en las zonas rurales, en las que los institutos acogen a alumnado de todo tipo.

En general, son contextos en los que se dan altas tasas de desempleo y precariedad laboral. En las capitales y barrios anexos se desarrollan básicamente actividades relacionadas con el sector de la construcción y auxiliares y sector terciario, ocupándose la población de las zonas rurales en actividades del sector primario, lo que concede cierta estabilidad económica a la familia. En más de una ocasión, los servicios de salud están muy alejados del barrio y atienden a más de una zona presentando problemas de saturación.

Son familias, en general, con un nivel educativo medio-bajo y que presentan en las zonas más desfavorecidas una fuerte desestructuración y un alto nivel de hacinamiento en sus hogares.

Los institutos que pertenecen a capitales y, en concreto, a sus barrios más antiguos, suelen carecer en sus inmediaciones de zonas verdes o de esparcimiento así como de equipamientos deportivos, lo que dificulta que el alumnado compense fuera de sus institutos las carencias que presentan los mismos por la falta de espacio. Son institutos que experimentan, en general, una alta tasa de absentismo y abandono escolar, que afecta especialmente a las alumnas por la asunción temprana de obligaciones familiares.

En total, se entrevistaron 458 profesionales de 97 centros de Educación Secundaria de dichas zonas, en 32 localidades de cinco comunidades autónomas: Andalucía (26%), Madrid (23%), Castilla y León (23%), Extremadura (19%) y Murcia (9%). La muestra por CCAA y fuente del cuestionario se detallan en la tabla 1 y el número de localidades y centros educativos en la tabla 2.



Tabla 1: Nº de encuestas contestadas según fuente del cuestionario y CCAA.

	Cuestionario papel	Cuestionario online	Todas las fuentes
Andalucía	53	67	120
Madrid	22	84	106
Castilla y león	2	103	105
Extremadura	54	34	88
Murcia	12	27	39
TOTAL	143 (31%)	315 (69%)	458 (100%)

Tabla 2: Localidades y centros educativos encuestados por CCAA.

	Centros Educativos	Localidades Urbanas	Localidades Rurales	Localidades Total
Andalucía	27	4	2	6
Madrid	19	1	5	6
Castilla y león	19	3	3	6
Extremadura	13	1	8	9
Murcia	5	1	4	5
TOTAL	83	10 (31%)	22 (69%)	32 (100%)

El 69% fueron mujeres y las edades de la muestra se encontraba entre 25 y 66 años, con una media de edad de 46 (DE=8,8). En la Figura 1 se puede distinguir la composición de la muestra según puesto (equipo directivo, orientación o profesorado) y curso tutorizado.

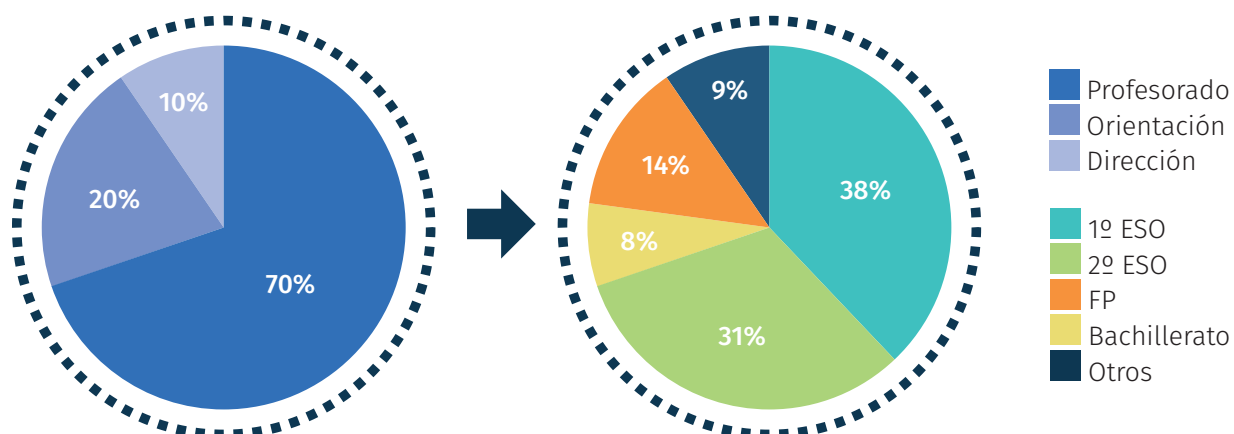


Figura 1: Composición de la muestra según puesto y curso tutorizado.

Las **asignaturas impartidas** se han clasificado en: Lengua española (14%), Segunda lengua (12%), Ciencias Sociales (12,5%), Biología (7%), Otras ciencias (23%), Tecnologías (7%), Ética y Filosofía (5%), Educación Física (5%) y otras (14%).

La proporción de personas encuestadas que se dedica a la docencia es similar para cada sexo (69% mujeres, vs. 71% hombres), no obstante, hay más mujeres dedicadas a la orientación (23% vs. 14%) y menos a tareas directivas (8% vs. 15%). Las mujeres imparten más lengua española, segundas lenguas y biología, mientras que los hombres imparten más Ciencias sociales, Educación Física, Tecnologías y otras ciencias que no sean Biología (Matemáticas, Física, Química).

Respecto a **la edad**, las muestras de Andalucía y Madrid eran más jóvenes, y, por el contrario, las de Castilla León y Murcia resultaron las dos únicas mayores que la media. En general, las personas que ejercen de docentes son más jóvenes que las que ejercen puestos de dirección, y éstas, a su vez, más jóvenes que las que hacen trabajos de orientación. Las personas encuestadas eran más jóvenes que la media, y las de bachillerato o FP, en cambio, eran mayores que la media. Resultaron más jóvenes los que imparten Lengua Española, Tecnología, otras ciencias distintas de Biología y sobre todo Educación Física (media de edad=38). Y fueron más mayores que la media los de 2ª Lengua, Biología, Ciencias Sociales y sobre todo Ética y Filosofía (media de edad=52).

La distribución de las entrevistas en profundidad y los grupos focales se muestra en el siguiente cuadro:

Tablas 3 y 4: Perfiles entrevistas y grupos.

Código	Lugar	Sexo	Edad media
E1	Fuenlabrada	Mujer	54
E2	Zamora	Hombre	
E3	Zamora-rural	Hombre	
E4	Valladolid	Mujer	
E5	Valladolid	Hombre	
E6	Murcia-rural	Mujer	
E7	Sevilla	Hombre	
E8	Cádiz	Mujer	
E9	Cáceres	Hombre	
E10	Cáceres-rural	Hombre	



	Código	Lugar	Sexo	Edades
Grupos profesorado	GP1	Fuenlabrada	7 mujeres/ 3 hombres	30 a 29
	GP2	Cádiz	2 mujeres/ 1 hombre	38 a 50
Grupos alumnado	GA1	Fuenlabrada	Alumnado de 4º ESO	
	GA2	Sevilla	Alumnado de 2º y 4º ESO	

2. ¡SALUD!

Aunque la gran mayoría de las personas consultadas adoptan un concepto de salud que va más allá de la ausencia de enfermedad, incorporando un componente mental y social, todavía un alto porcentaje asocia predominantemente salud a lo puramente biológico, siendo muchas menos las que reconocen el componente de auto capacidad y de relación con el entorno que supone la salud. Las personas más jóvenes, de zona urbana o que imparten clases en ESO de lenguas u otras ciencias diferentes de biología tienen una visión más cerrada o biologicista de la salud, al contrario que las más mayores y el profesorado de Biología, Ética y Ciencias Sociales, cuya visión es más holística.

En general, las y los docentes opinan que la salud de su alumnado es buena, aunque una tercera parte opina que es regular. Las causas o síntomas de una mala salud están relacionadas, por lo general, con la precariedad y falta de perspectivas que puede experimentar el alumnado de entornos socio-económicamente vulnerables. De los problemas propuestos en el cuestionario, los más señalados son las adicciones relacionadas con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), depresiones y consumo de tabaco. Se detectan más problemas de alimentación en chicas, y más problemas de adicciones (alcohol, tabaco, otras drogas) en chicos. Las personas que detectan más problemas son las de mayor edad, las mujeres, que trabajan en ámbitos urbanos y en orientación y el profesorado de ética o ciencias sociales.

El profesorado suele recibir consultas sobre temas de salud por parte de su alumnado, aunque son esporádicas. Para ello, al alumnado acude sobre todo a las mujeres y las orientadoras. Los principales motivos de consulta pertenecen a las siguientes categorías: adicciones, sexualidad, acoso, alimentación y estados de ánimo.



2.1. CONCEPTUALIZAR PARA INTERVENIR

Para testar qué visión de la salud poseen las y los docentes, se les presentaron cinco definiciones del concepto, elaboradas a lo largo de cinco momentos históricos³. Se pedía que se priorizasen esas definiciones según grado de acuerdo. La definición más priorizada (seleccionada en primer o segundo lugar), por el 75% de las personas encuestadas, fue la siguiente: *“El estado de completo bienestar físico, mental y social”*.

- La definición más biologicista fue priorizada por el 41% de las personas encuestadas, generalmente de zona urbana, más jóvenes que la media y que dan ESO en lenguas y otras ciencias diferentes de Biología.
- La definición más abierta, fue priorizada por el 31% de la muestra, compuesto predominantemente por gente de más edad que imparte Biología, Ética, o Ciencias Sociales.

Por lo tanto, parece que **la definición general de salud de las personas entrevistadas es medianamente abierta** y comprende más factores que la visión puramente biologicista, aunque esta mantiene muchos apoyos, sobre todo entre las personas más jóvenes. Es una definición más cercana a la idea de bienestar, puesto que incorpora la salud mental y social. Las personas más mayores parecen haber adoptado un concepto de salud más abierto y complejo, que incorpora componentes del contexto y de autocapacidad o empoderamiento.

El discurso en espontáneo sobre el concepto “salud” de las y los directoras/es entrevistadas/os sigue la línea de las encuestas. Sus referencias a la hora de definirla y sobre todo, a la hora de proponer mejoras para su alumnado, se centran en los aspectos bio-psicológicos, nombrando casi siempre en primer lugar aspectos de bienestar físico y sólo abordando aspectos relacionados con lo social-comunitario después de una reflexión consciente. Las buenas prácticas para la mejora de la salud que se destacan en los discursos se basan en un modelo preventivo y se centran, por lo general, en acciones relacionadas con el fomento de una alimentación saludable y una actividad física adecuada.

“Sería necesario la figura de un experto. Una puerta en la que pusiera: médico”.

Director, Zamora.

Como sucede con el profesorado, es interesante señalar que entre la dirección, los perfiles más sociales (por formación o por ser o haber ejercido como orientadores) presentan un discurso más holístico sobre la salud.

³ Ver “Marco Teórico”.

“El bienestar físico y mental. Lo más cercano a la felicidad”. Director, Zamora rural.

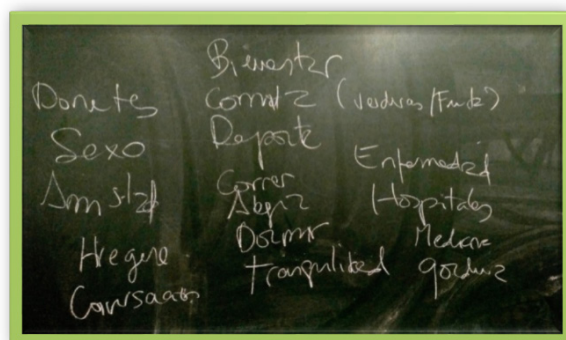
“Yo me sé la del estado del bienestar, estar bien tanto física como mentalmente (...) y luego lo que es el entorno, lo que llamamos contexto, es también salud”. Directora, Valladolid.

“No tiene que ver exactamente con la salud, pero nosotros procuramos que el centro esté abierta a la localidad, queremos que la gente vea que es una suerte tener un instituto que les guste”. Directora, Murcia rural.

“Todas las costumbres que tengas (...), desde alimentación, deporte, vida social y cultural...”. Orientador, Fuenlabrada.

Cuando el alumnado fue preguntado por el mismo concepto, ofreció interesantes aportes, presentando incluso una mirada más holística de la salud y muy **centrada en las relaciones de buen trato**, tanto con iguales como con el mundo adulto.

- Hacen referencia a lo que les da felicidad-placer: amistades, sexo, tranquilidad, etc.



Lluvia de ideas en el IES de Fuenlabrada.

2.2. LA SALUD ADOLESCENTE EN ENTORNOS VULNERABLES

Las personas entrevistadas opinan que la salud del alumnado puede considerarse buena, aunque una parte importante señala que es regular (33%) y un 4% mala. Sólo una pequeña parte la sitúa en uno de sus dos extremos: muy buena (5%) o muy mala (0,4%).

- Esta percepción **varía por CCAA, siendo el alumnado extremeño el considerado con mejor salud**. De mejor a peor (con una valoración de 1 como muy mala y 5 como muy buena): Extremadura (3,9 sobre 5), Murcia (3,8), Madrid (3,6), Castilla y León (3,5) y Andalucía (3,4).
- Parece que la salud del alumnado **en el ámbito urbano es peor** (3,5) que en el rural (3,8), y dicha percepción es más negativa entre las mujeres (3,6 frente a 3,7 si opina un hombre).



En aquellos casos en que las personas entrevistadas señalaban que la salud de su alumnado era regular, mala o muy mala, las **causas aportadas para valorarla** así apuntan mayoritariamente a: malos hábitos de salud (39%), aspectos de salud mental y emocional (16%), de falta de recursos personales o confianza para afrontar la vida (14%), dificultades en su entorno social y familiar (9%) u otros aspectos (16%). Cuando se señalaban malos hábitos, solían estar relacionados con el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol u otras drogas), el sedentarismo o la higiene en general.

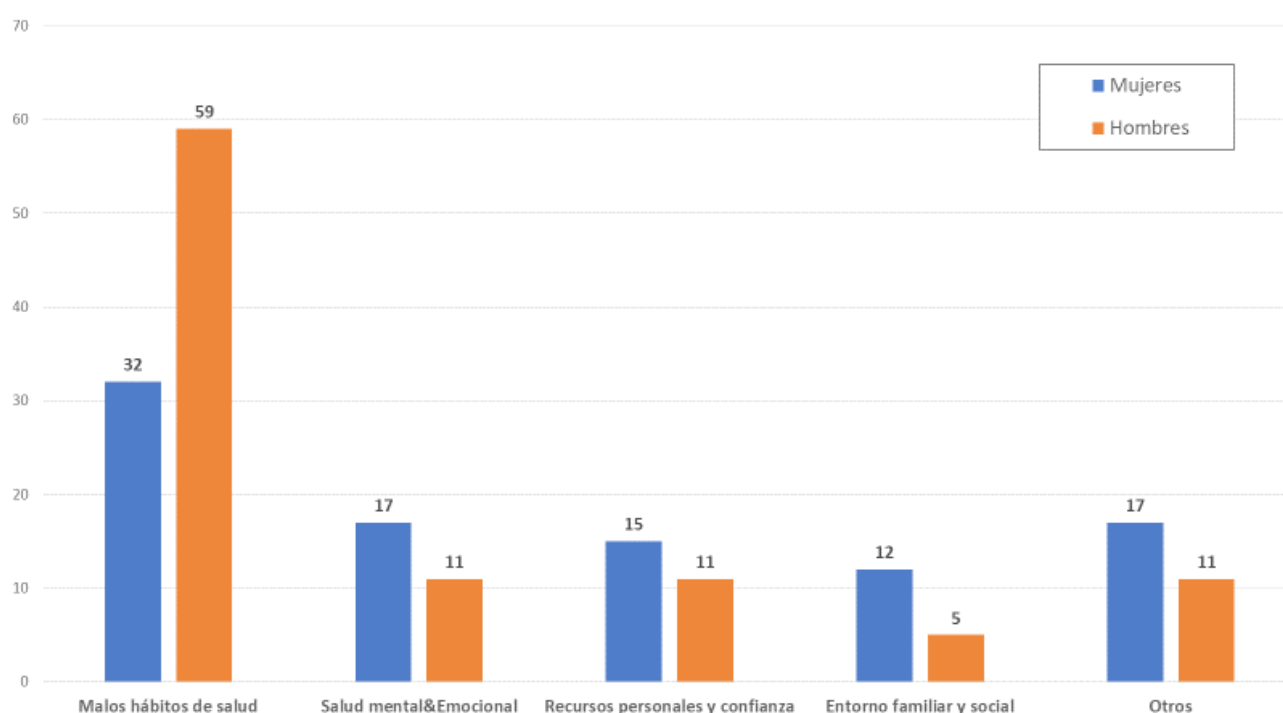


Figura 2: Indicios de mala salud según sexo (%).

El **sexo y la edad de las personas participantes influye en la lectura de las causas** atribuidas a la mala salud:

- Los profesores más jóvenes asocian la mala salud más a los hábitos (responsabilidad individual) que otros perfiles, mientras que las personas entrevistadas de mayor edad, apuntaban más al entorno social o a problemas de confianza o de recursos personales.
- Las mujeres y las personas entrevistadas más mayores comparten una concepción más ecológica y social de los determinantes de la salud.

El 88% de las personas entrevistadas detectó al menos un problema de salud, tanto en chicas como en chicos, de la lista ofrecida en el cuestionario.

- La detección varía por CCAA, siendo Murcia la comunidad donde más se detecta (95% habían señalado algún problema) y Extremadura la que menos (71% en mujeres, 79% en hombres).
- El perfil que más detecta trabajaba en el ámbito urbano, era mayor que la media e impartía ética y segundas lenguas. El profesorado parece detectar menos problemas de salud que el personal de orientación.

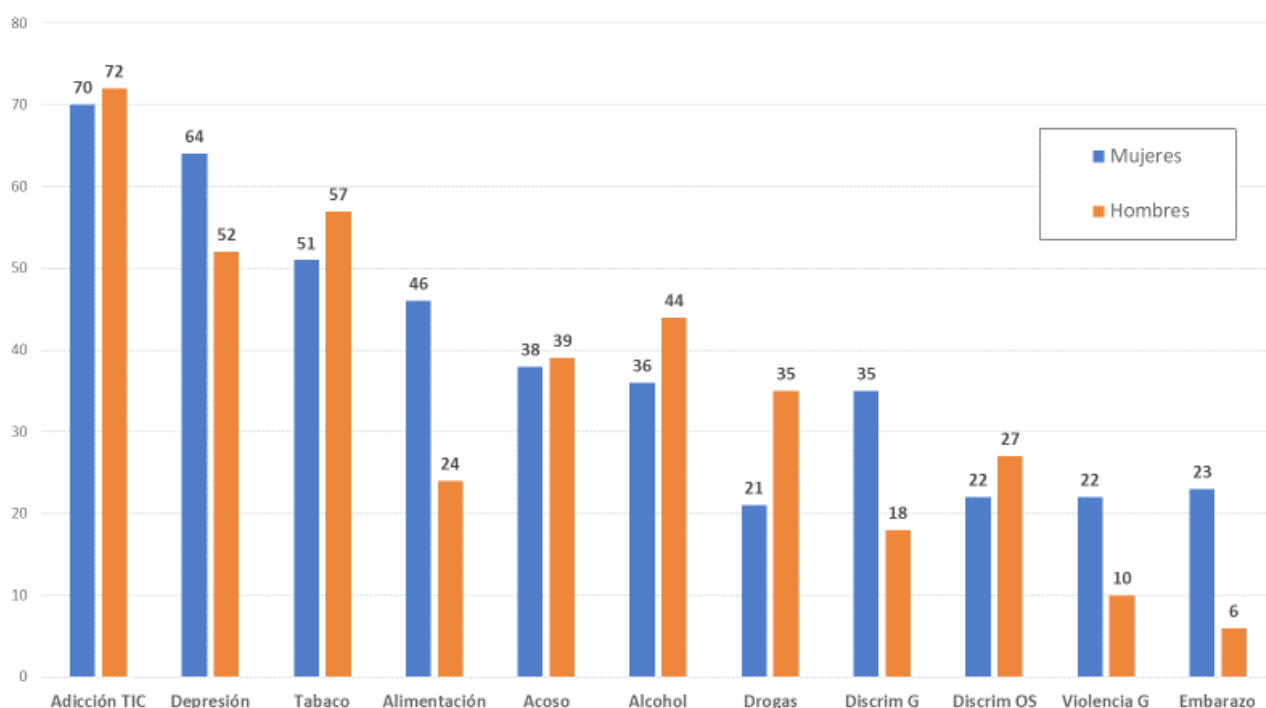


Figura 3: Detección de problemas de salud en el aula, por sexo del alumnado (%).

Los problemas más detectados están relacionados con las adicciones a móviles, redes sociales e internet (entorno TIC), depresiones y consumo de tabaco, presentando matices si segregamos por sexos:

- Ellas sufren más casos de depresión y ellos de tabaquismo.
- Los problemas asociados a la alimentación son significativamente más altos en chicas (46%) que en chicos (24%) y, por el contrario, el consumo de drogas está más asociado a ellos (35%) que a ellas (21%).



- Cuando se abordan malestares en el campo afectivo-sexual, asociados a ciertos comportamientos de riesgo, discriminaciones, violencias de género o la identidad sexual, se pone de manifiesto la confusión con el término “género”. Por un lado, aún no existe una conciencia generalizada de que el cuidado en la prevención de prácticas de riesgo y embarazos no deseados es una responsabilidad compartida (sólo un 6% lo nombra en referencia a los chicos) y, por otro, en las preguntas abiertas la discriminación a los chicos por su orientación sexual, se confunde a menudo con discriminación de género. Bien es cierto, que tanto ésta como la homofobia comparten como origen la cultura machista.

Tanto en el discurso libre como a través del cuestionario, **el acoso alcanza un alto nivel de mención** para ambos sexos y se relaciona frecuentemente con los problemas asociados al mal uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). La preponderancia en los resultados de la adicción a estas tecnologías se explica, en parte, por la formación recibida sobre el tema por la comunidad educativa, intensiva en los últimos años, y que hace que se encuentre más sensibilizada.

Conviene no confundir la detección de estos problemas con su magnitud o prevalencia: La detección en el aula tiene que ver con diversos factores, como la prevalencia e incidencia de los problemas de salud, pero también con la motivación del docente y sus habilidades de observación/detección de problemas (condicionadas por la formación que han recibido en el tema). Por eso, las altas cifras de detección de un tema no indican que sea el problema más prevalente, sino que pudiera ser que fuera el tema del que ha recibido formación más recientemente, como puede ser el caso de las adicciones a móviles o internet.

Es interesante señalar, por último, y nos habla de **diferentes niveles de sensibilidad aprendida**, que los varones detectan más problemas relacionados con adicciones (TIC, alcohol, tabaco, drogas) y las mujeres problemas relacionados con discriminaciones, violencias de género o salud mental.

En el diálogo abierto con directoras/es y profesorado, se señala la alimentación deficiente como un problema generalizado, independientemente del sexo, aunque parece estar especialmente desequilibrada entre el alumnado de familias con menor nivel adquisitivo y/o cultural.

Asociada a la estructura familiar pero también a aspectos formativos-culturales de los progenitores, la **falta de control parental** se sitúa también como causa importante para prevenir o corregir problemas de salud relacionadas con adicciones tempranas o relaciones afectivo-sexuales de riesgo.

“Vienen de familias de un entorno muy desfavorecido, no sólo son gitanos, inmigración y no, pero el entorno en el que viven no es bueno, ni psicológicamente, ni higiénicamente, ni físicamente y eso influye en el día a día de los chicos”.
Directora, Valladolid.

“La situación socio-económica del alumnado de aquí se refleja en todo (...). Nuestras familias viven en una precariedad importante, en situaciones sociales deslavazadas, que viven con los abuelos... influye en que sean más depresivos”.
Orientadora, Cádiz.

“No es que lo hagan a escondidas de sus padres, es que a veces los padres lo da por natural. Que fuman canutos, porque es inevitable, que beben alcohol, porque es inevitable”. **Directora, Murcia rural.**

“Hemos tenido varios casos de embarazadas adolescentes... algunas han dicho: qué bien, tengo mi vida resuelta”. **Directora, Cádiz.**

Precisamente, y a pesar de que tanto encuestadas/os como entrevistados/as detectan falta de bienestar afectivo-sexual de manera frecuente, bien a nivel relacional entre parejas, bien por conflictos de identidad y rechazo a la diversidad o conductas de riesgo, esta dimensión de la salud sigue siendo en cierta forma un tema tabú y continúa abordándose casi exclusivamente desde lo biológico-reproductivo-preventivo y, por supuesto, generalmente sin perspectiva de género.

“El de biología sí, puede estar preparado, los de la rama sanidad, tenemos suerte (...) el de Educación Física en cuestiones de anatomía y demás, pero luego está la educación afectivo-sexual y a mucha gente le da miedo entrar ahí, quedarte corto o no llegar, hay mucha gente que se siente muy incómoda con esos temas...”.
Director, Sevilla.



2.3. LAS CONSULTAS DEL ALUMNADO

Las consultas del alumnado sobre salud a las personas entrevistadas, se recibieron de forma frecuente en el 9% de los casos, algunas veces en el 42%, rara vez en el 38% o nunca en el 10%. Por tanto, estas cifras ofrecen la sensación de que las consultas son habituales (se suelen dar) pero no con mucha frecuencia (se dan pocas). Recibían más consultas las mujeres (frecuentemente 12% vs. 3% de hombres; algunas veces 46% vs. 36%) y el personal de orientación (frecuentemente 24% vs. 5% del profesorado; algunas veces 50% vs. 40%).

Los principales motivos de consulta se pueden observar en la figura 4. Destacan la **preocupación por las adicciones**, tanto al tabaco como otras drogas y a las tecnologías de la información, con un 22% de las personas entrevistadas, seguidas de las **dudas sobre sexualidad**.

- Por Comunidad Autónoma, en general, **en Andalucía se consulta más** y en Madrid y Castilla-León menos.
- Por sexos, tal y como se puede ver en la figura 5, **a las mujeres se les consulta sistemáticamente más**, independientemente del motivo, aunque destacan las diferencias en adicciones, sexualidad, alimentación y estados de ánimo.

El alumnado preguntado se debate entre la necesidad de consultar ciertas cuestiones y la desconfianza que le provoca el hecho de hablar con un adulto que tiene autoridad sobre él, que no siempre crea el clima para ello, y además, no siempre respeta la confidencialidad cuando se cree en el deber de informar de ciertas situaciones a su familia.

- “A un profe no le ves como a alguien al que le cuentes tus problemas,
- A Agustín, sí
- Nos entiende”

Alumnado 4^a ESO, Fuenlabrada.

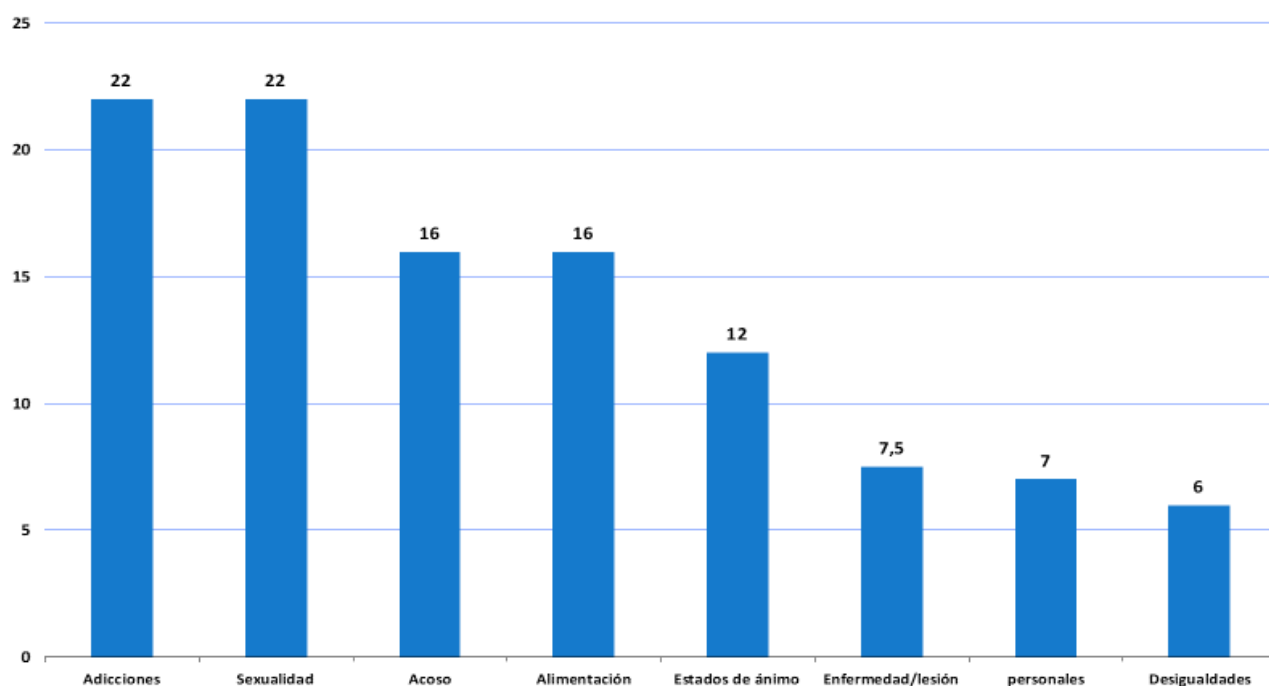


Figura 4: Motivos de consulta de salud del alumnado (%).

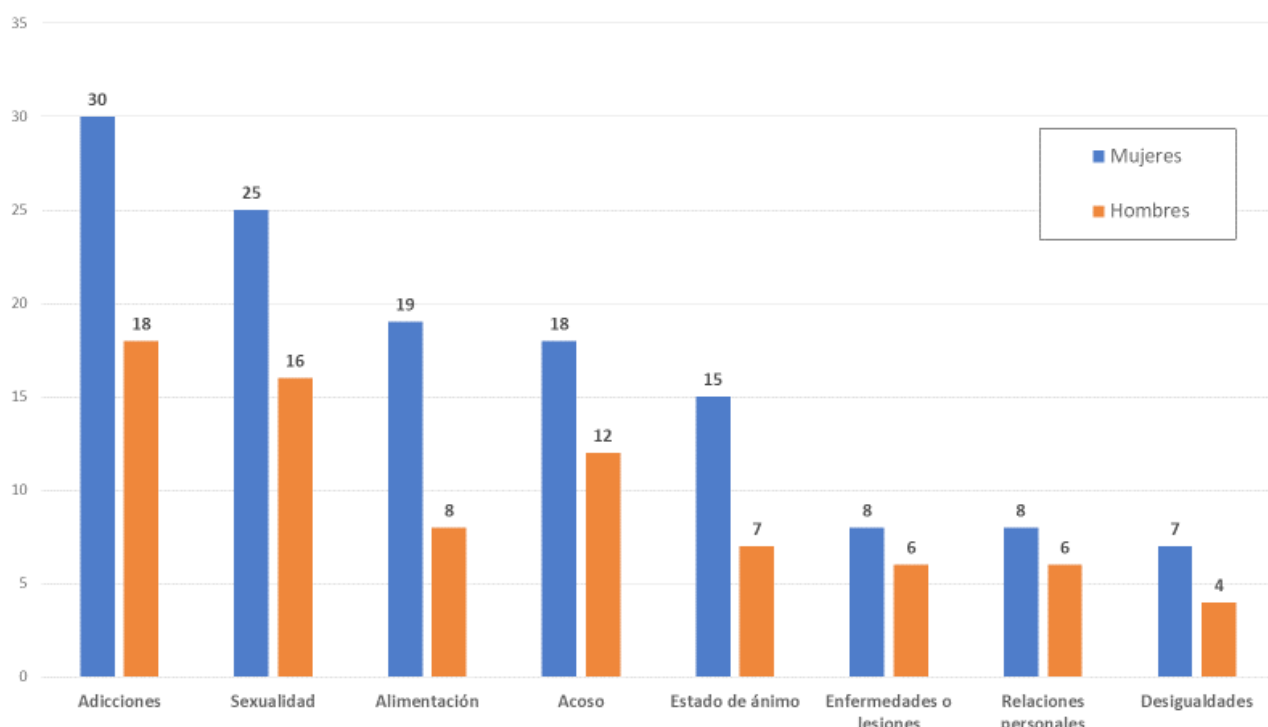


Figura 5: Motivos de consulta de salud del alumnado por sexo de la persona consultada (%).



3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO PROMOTORA DE BIENESTAR SOCIAL

La opinión general de las personas entrevistadas es que la influencia de la educación formal en la salud de las y los adolescentes resulta fundamental, pero no es el único factor ni el más importante, puesto que el contexto social y familiar al que pertenecen limita el impacto del sistema educativo. Hay cierta discrepancia entre el profesorado y los equipos directivos y de orientación respecto a la responsabilidad que han de tener los centros educativos a la hora de promoverla.

La creciente demanda de la sociedad a que se aborden nuevas competencias o valores en los centros educativos crea unas expectativas que parecen difíciles de cumplir, según las personas consultadas, dada la actual estructura del sistema educativo y los perfiles profesionales a los que se les hace esta demanda.

3.1. CAPACIDAD DE INFLUENCIA DEL ENTORNO EDUCATIVO

El grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones planteadas en el cuestionario acerca del impacto de la educación formal en la salud del alumnado describe diversos posicionamientos que otorgan mayor responsabilidad a los comportamientos individuales o a los sociales-educativos.

Tabla 5: Opiniones sobre la responsabilidad de los equipos educativos respecto a la salud.

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo
1. Apenas influye, la actitud personal del alumno/a es lo que cuenta	4%	21%	48%	27%
2. El contexto familiar y social de nuestro alumnado tiene mucho más peso, el docente poco puede hacer	17%	41%	34%	8%
3. El personal docente debería ser un agente de salud	23	47	22	8
4. El centro debe dar respuesta a los problemas puntuales de salud que se den, pero su competencia es limitada	25	55	17	3
5. La educación para la vida es igual o más importante que la académica y debería ser parte de la labor de un centro educativo	49	40	9	2
6. Hay temas como la igualdad de género o la diversidad sexual que pueden considerarse ideología y no creo que tengan que abordarse en la escuela pública	1	6	24	69
7. La acción educativa de un/a docente, aunque sea aislada, influye	55	38	6	1

El profesorado está más de acuerdo con las afirmaciones que limitan la responsabilidad de los centros educativos en la salud del alumnado, sin embargo, **los equipos directivos y el personal de orientación apoyan más la capacidad de los equipos educativos para intervenir en salud:** conceden más importancia que el profesorado a la figura del personal docente como agente de salud, a la responsabilidad de dar respuesta a problemas puntuales de salud y a la idea de que el centro debe abordar la educación para la vida.

- El **puesto desempeñado** en el centro educativo influye en este posicionamiento: Los resultados parecen indicar que el profesorado otorga más peso a las actitudes individuales del alumnado y a su contexto, que a su capacidad de influencia en salud. A la inversa, parece que el discurso de los equipos de orientación y dirección abogan más por el rol de agentes de salud del personal docente, reivindicando su capacidad de intervención.



- Por otro lado, **atendiendo a la asignatura** impartida, parece que el profesorado de ética, educación física y ciencias sociales está más de acuerdo en considerar al personal docente como agente de salud al y menos de acuerdo si se imparte Tecnología, ciencias diferentes a Biología y Lengua Española.
- Existen también ciertas diferencias de opinión por sexos en cuanto a la educación en igualdad y diversidad sexual: los hombres están más de acuerdo con la afirmación de que se trata de temas ideológicos y no deberían darse en clase y las mujeres, al contrario. Si bien, la gran mayoría de ambos sexos no está de acuerdo con dicha afirmación (73% para las mujeres y 60% para los hombres).

3.2. EXPECTATIVAS Y LIMITACIONES

Aun cuando todos los perfiles reconocen la importancia que tiene la EpS para su alumnado, sienten que las expectativas que ponen en ellos tanto sociedad como administración, exceden en cierta forma sus funciones.

El discurso de las personas entrevistadas ratifica estos posicionamientos y profundiza sobre sus razones. Perciben que **la presión que sufre el ámbito educativo formal** está quitando responsabilidad a las familias, y que sin una acción conjunta es muy difícil influir eficazmente en su alumnado.

“Tengo la sensación de que la sociedad está volcando muchas deficiencias en la educación. Aumenta el número de embarazos entre las alumnas, pues vamos a hacerlo en educación sexual en los institutos, parece que no hay otro sitio donde educar que en los colegios o los institutos”. Tutora, Fuenlabrada.

Por otro lado, muestran cierto pesimismo por la constatación de que los referentes de la adolescencia distan mucho de mostrar los valores que el personal docente intenta inculcar y sus esfuerzos son frecuentemente estériles.

“Desgraciadamente, los medios de comunicación, especialmente las redes sociales marcan las necesidades de nuestro alumnado, sus conductas y su opinión”. Director, Zamora rural.

Pese a todas las dificultades, son conscientes, en general, de que por las características de parte de las familias con las que en trabajan, **su labor puede suponer una oportunidad única para que su alumnado conozca otro tipo de referentes** y pueda adoptar nuevos hábitos y modelos relacionales.

Cabe destacar la importancia de este hecho en relación con las alumnas de familias extranjeras que pertenecen a culturas en las que su rol como mujeres supone una seria limitación en entornos no formales.

“El centro educativo debe ser un marco de normalización y compensación de desigualdades”. Orientadora, Palencia.

“Las chicas (magrebíes) se sienten seguras en el centro. Y no faltan (...) están bien en el centro, les gusta venir, tienen amigas... luego ya de repente, cuando cumplen 16 empiezan a desaparecer, porque tienen que estar en casa, cuidando de otros hermanos...” Directora, Valladolid.

Más allá de su disposición o motivación individual a promover la EpS, o la importancia teórica que puedan concederle, no parece que el sistema educativo actual lo facilite.

En general y aunque existen pequeñas diferencias entre las comunidades autónomas, las personas consultadas se lamentan de una sobre-saturación de horas lectivas -especialmente Madrid-, una gran carga burocrática y ausencia de recursos económicos.

“Hay un problema de base, nuestra estructura orgánica de centro, centrada en la transmisión de conocimientos curricular, nuestros horarios son de dar materias (...) estamos organizados por departamentos didácticos (...) somos profesores de matemáticas, de lengua y tal (...) entonces el sistema educativo no responde a las demandas que la sociedad nos hace ni como perfil profesional ni como estructura”. Orientador, Fuenlabrada.

“Los indicadores de éxito escolar que te van a pedir (los padres también) son los académicos”. Director, Zamora.

En todo caso, más a través de los cuestionarios que en las entrevistas, se visibiliza el hecho de que la motivación es fundamental para superar todas estas dificultades y ejercer con menor o mayor intensidad de agente de salud.



“Para mí un centro educativo es mucho más que un lugar al que se va a aprender contenido curricular. También soy consciente de que no todos mis compañeros piensan igual que yo”. (Cuestionario)

“Forma-joven te exige que el 10% del claustro al menos vaya a trabajar en la línea. Se cumple por los pelos. (...) hay una reunión por la tarde, que pillas fuera de tu horario, quedarte en el recreo...¿Quién se apunta? La gente interina, que quiere opositar y le cuenta como formación”. Director, Sevilla.

Iniciativas como esta investigación son, en general, bien valoradas y se consideran necesarias, en tanto en cuanto ofrecen, sobre todo, una oportunidad para expresar sus dificultades, aunque exponen sus dudas de que sus conclusiones no supongan el paso a la acción.

“Si el profesorado hiciese encuestas de este tipo más a menudo, reflexionaría mucho más sobre cómo dar sus clases y qué dar en sus clases”. (Cuestionario).

Puntuando en una escala de 1-4 (donde uno es nada necesaria y 4 es muy necesaria), el valor medio otorgado fue de 2,9 (DE=1,1). El 37% otorgó la puntuación máxima, y el 16% la mínima. Esta valoración difirió mucho entre CCAA, del 3,44 de Castilla y León al 2,28 de Extremadura.

4. LO QUE DEBERÍA VERSE: TRANSVERSALIDAD

Sólo una tercera parte del personal docente entrevistado incorpora contenidos de EpS de forma curricular. Parece que entre los factores que más frenan la transversalidad se encuentra la falta de sistematización de su inserción en el currículum y la ausencia de tiempos y espacios de coordinación inter-departamental. Entre los que podrían favorecerla, la formación y motivación del personal docente.

Prácticamente todas las personas entrevistadas han recibido algún tipo de formación relacionada con salud, la mayoría mediante formación reglada, aunque al menos la mitad se actualizan de forma autodidacta. Las temáticas donde hay menos gente formada son salud mental, medio ambiente, y salud sexual y reproductiva.

Aunque la gran mayoría de la gente entrevistada (9 de cada 10) aborda de alguna manera contenidos de educación para la salud en el aula, parece que este no es sistemático u organizado dentro de los currículos educativos. Lo más común es hacerlo mediante talleres impartidos por personas expertas y externas al centro educativo y mediante eventos en fechas señaladas, siendo minoritario el abordaje desde el currículo. Las personas que imparten biología, educación física o ética muestran una mayor inserción curricular. La mayoría de estas actuaciones bien no fueron propiamente evaluadas o se desconoce si lo fueron.

Existe un alto grado de desconocimiento en cuanto a los recursos institucionales: más del 50% no sabe si su centro forma parte de la Red de Escuelas Promotoras de salud, si existen materiales disponibles de consulta o si existe algún recurso de coordinación a nivel provincial/autonómico.



4.1. RECURSOS PERSONALES: LA FORMACIÓN DEL DOCENTE

La gran mayoría (98%) de las personas entrevistadas afirma haber recibido alguna formación con contenidos relacionados con la salud. El 77% lo hizo mediante formación continua y el 74% buscó otros mecanismos diferentes (cursos, talleres, postgrados, etc.). El 57% afirma que se han formado en algún contenido relacionado con salud de manera autodidacta.

- Existen diferencias por sexos: tal y como puede verse en la figura 6, **las mujeres buscan más otros canales de formación** (78%) que los hombres (68%), probablemente porque

El 98% del personal docente ha recibido contenidos formativos en salud, mayoritariamente sobre adicción a las TIC y resolución pacífica de conflictos.

hay temas específicos que les interesan más que a los hombres y que no están disponibles mediante la formación continua, o en los que quieren profundizar más que lo ofrecido, como por ejemplo la perspectiva de género.

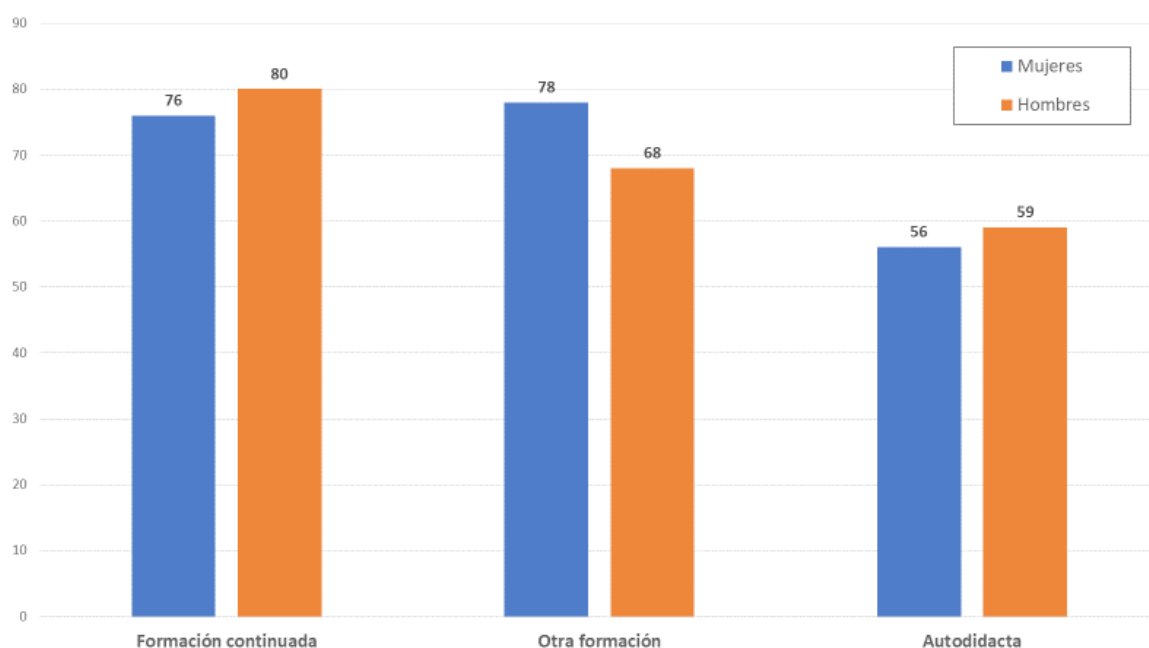


Figura 6: Vías de formación en salud según sexo (%).

- Pertener a una u otra comunidad autónoma influye también en haber recibido formación continua sobre contenidos de salud. De mayor a menor prevalencia: **en Andalucía se recibe más** (86%) seguida de Extremadura (79%), Castilla León (78%), Madrid (69%) y Murcia (61%). Esta formación continua se utilizaba más en ambientes urbanos (81%) que en los rurales (72%)

- El profesorado que imparte ética, biología y lengua española se formó más a través de canales reglados que sus colegas de otras disciplinas.
- Por otro lado, **las personas que imparten bachillerato tienen más formación autodidacta** en salud (80%) que las de FP (42%). Sucede al revés en relación a otro tipo de formación no continua, más buscada por las de FP (91%) y menos por las de bachillerato (52%).

Aun así, el profesorado no cree estar suficientemente formado para abordar en profundidad la totalidad de los temas que puedan asociarse a la salud de su alumnado, y siente que, al tener que prepararse en horario no lectivo se le está exigiendo un esfuerzo que no se le reconoce.

“Los profesores no estamos preparados para enseñar estos temas, en absoluto conocemos cómo hacerlo y es una realidad en el día a día de las aulas de secundaria”. (Cuestionario).

*“Hay que ver cómo se puede motivar al profesorado para hacer esos cursos (de EpS) algo básico, porque no se puede saber de todo, pero para los de ESO... todos podemos ser tutores, pero hay que motivarlo porque es en su tiempo personal”.
Directora, Valladolid.*

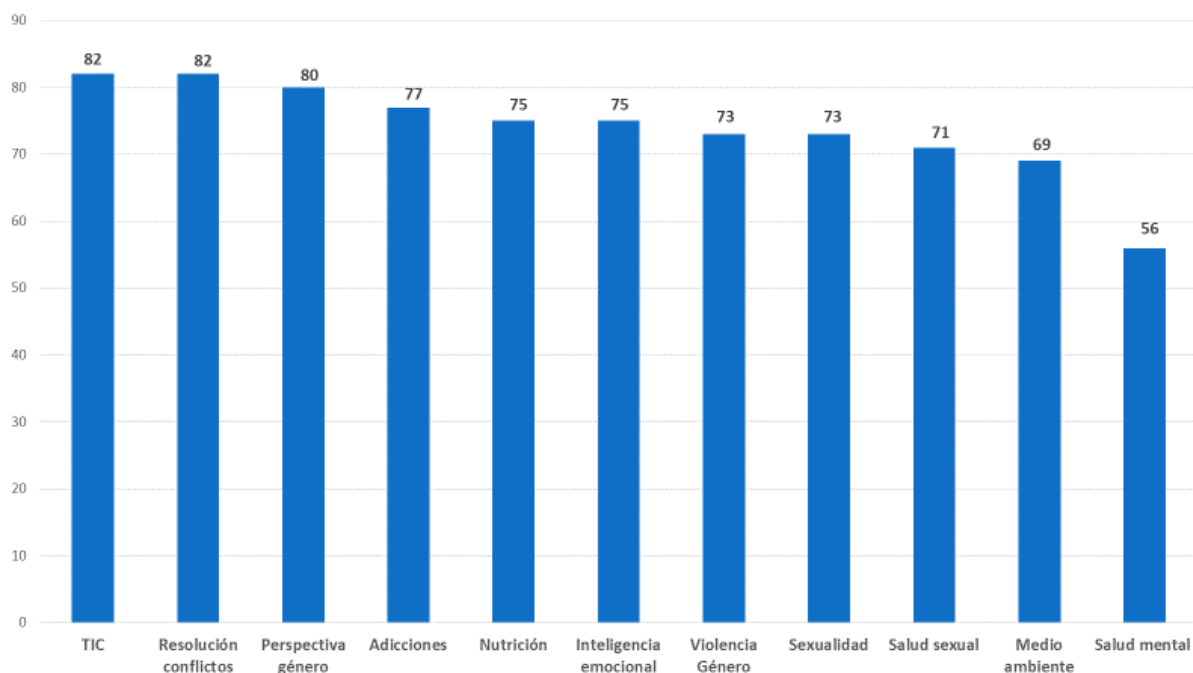


Figura 7: Áreas de formación en salud (%).



En la figura 7 se pueden apreciar las áreas de la salud en las que se han formado las personas entrevistadas. Las áreas que han recibido más formación son las relacionadas con adicción a las tecnologías de la información (82%), resolución pacífica de conflictos (82%) y perspectiva de género (80%).

Llama la atención el bajo porcentaje que muestra, en comparación con los demás, la formación recibida relacionada con la salud mental de la población adolescente (56%).

- Las personas que provenían de **ámbito urbano se formaron más** que las de rural en sexualidad (80% vs. 66%) y en resolución pacífica de conflictos (86% vs. 76%).
- Tal y como muestra la a figura 8, **existen diferencias por sexo**: Destaca el tema de formación en salud mental, que, aun siendo un área susceptible de mejora para ambos sexos, tres de cada cinco mujeres la han recibido frente a menos de la mitad de los hombres. También es indicativo el hecho de que las mujeres se formen más que los hombres en temas relacionados con el género.
- **Por edad**, las personas más mayores se habían formado significativamente más que los jóvenes en sexualidad (80% vs. 65%), violencia de género (80% vs. 65%) y salud sexual (78% vs. 63%).

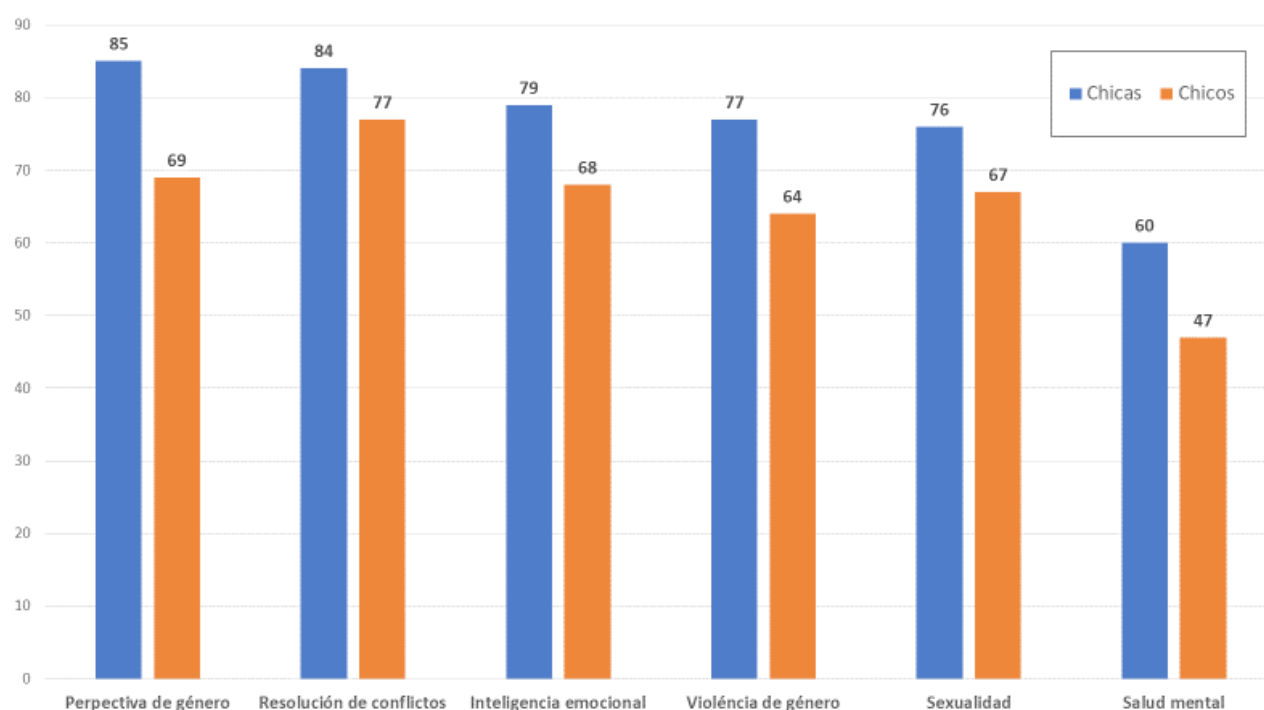


Figura 8: Diferencias por sexo en las áreas de formación en salud recibidas (%).

- Por puestos también encontramos diferencias: **el personal de orientación se forma más** en sexualidad (93%) que los equipos directivos (74%) o el profesorado (70%). También se forman más en violencia de género, en resolución pacífica de conflictos, salud mental e inteligencia emocional.

El canal escogido para la formación difería mucho según el área de formación, tal y como se puede observar en la tabla 6. En temas como **sexualidad o violencia de género, que tienen menos peso en la formación continuada** (probablemente porque se ofrecen menos), tienen porcentajes más altos de otra formación, porque las personas interesadas tienen que preocuparse en buscar sus propios canales formativos reglados.

Tabla 6: Canal de formación escogido para la formación en salud recibida (%).

	Formación autodidacta	Formación continua	Otra formación
TIC	17	42	33
Resolución de conflictos	16	46	31
Perspectiva de género	23	30	31
Adicciones	15	30	36
Nutrición	24	22	36
Inteligencia emocional	18	35	29
Violencia de género	19	27	32

Las sospechas sobre la **relación entre menos formación y menos oferta** (más allá del propio interés del docente) parece confirmarse al revisar los cursos que se ofertaron durante el último curso escolar (2017-2018) en las diferentes Comunidades Autónomas.

Como se muestra en la tabla 7, los contenidos relacionados con la salud (relacionados con alimentación, higiene salud emocional y relacional, salud sexual y reproductiva, medio-ambiente) suponen sólo una pequeña parte respecto del total, mostrando una media del 12%, y, si concretamos en el tema de la salud afectivo-sexual y sexualidad, la oferta es ínfima, no llegándose a celebrar ningún curso o taller relacionado en centros de formación de Madrid, Murcia y Almería.



Tabla 7: Formación realizada en los Centros de Formación del Profesorado.

Provincia/ localidad	Centro	Total Actividades Impartidas	Actividades Eso, Bachille- rato Y FP	Actividades EPS	Actividades Educación Afectivo-sexual
Madrid	Las Acacias (Regional)	276	248	4	1
	CTIF (Madrid)	196	76	3	1
	CTIF - Madrid Norte	109	50	2	0
	CTIF - Madrid Sur	213	116	8	1
	CTIF - Madrid Este	133	70	6	0
	CTIF - Madrid Oeste	112	76	4	1
Cáceres	CPR	251		9	2
Palencia	CEA/CEIP/CFIE/IES	346	172	35	3
Zamora	CRIE/CEIP/CFIE/IES	263	173	19	2
Valladolid	CEE/CEIP/CFIE/IES	744	413	46	3
Almería	CEP	290	42	7	0
Cádiz	CEP	140	68	13	1
Granada	CEP/IES	249	68	4	1
Sevilla	CEP/IES	277	64	9	3
Murcia	CPR	492	230	13	0
Todas las Provincias		4091	1866	182	19

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos ofrecidos por: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación e Innovación, Junta de Extremadura. Consejería de Educación y Empleo, Junta de Castilla y León: (educacy), Junta de Andalucía. Consejería de Educación, Región de Murcia. Consejería de Educación, Juventud y Deportes (educarm).

4.2. EL ABORDAJE DE LA EPS EN EL CENTRO EDUCATIVO

Se percibe cierta dificultad por parte de las y los directores entrevistados de concretar las formas en las que se está aplicando la transversalidad de la EPS en el ejercicio docente. Admiten que existe cierto desconocimiento, a veces disculpado desde el respeto a la libertad de cátedra, acerca de los contenidos sobre salud que el conjunto del profesorado aborda en cada una de sus clases y que parece común que los temas se improvisen a lo largo del curso escolar.

Introducir contenidos relacionados con la salud y desarrollar sistemáticamente temarios y actividades ad hoc en la programación curricular de cada asignatura parece depender, en

última instancia y de forma bastante generalizada, de la decisión individual del docente, más allá de las asignaturas que por ley recogen contenidos específicos sobre ella.

Como telón de fondo, la referencia continua a la saturación de contenidos del currículo y el hecho de la fuerza que aún tiene la concepción científicista-biologicista de los temas que incluye el concepto salud.

“Me consta que en educación física y biología sí lo meten”. Director, Sevilla.

“No se suele hacer mucho porque los currículum están muy saturados, la de Matemáticas, le dices que meta temas de salud y te va a decir, no sé dónde...”.
Director, Sevilla.

“Depende mucho del año, de los profesores y del alumnado... Una cosa es la programación de los departamentos, la programación del aula... Y luego queda la libertad de cátedra. Son tres funciones de dónde lo entra... puede darse desde arriba, o no”. Director, Cáceres rural.

“Al profe lo que le molesta es: no me hagas cuadrricular (...) yo le voy a acabar contando todo lo que tiene que saber para su edad, de física y lo otro, va surgiendo. Directora, Fuenlabrada.

De las personas entrevistadas, **el 33% aborda contenidos relacionados con la salud dentro de los currículos** de sus asignaturas, mientras que el 9% considera que lo hace extracurricularmente y el 23% en las horas de tutorías. **La mayoría los aborda mediante talleres con personas expertas externas** al centro educativo (42%) frente a una minoría (10%) que no lo hace de ninguna manera.

Entre el profesorado, solo un 28% abordó contenidos de salud de manera integrada en sus temarios.

- **Por sexos**, las mujeres realizan más abordaje extracurricular (11%), que los hombres (5%) y éstos son más proclives que ellas a no realizar ningún tipo de abordaje de salud (15% vs. 8%).
- El uso de las **tutorías** para incorporar contenidos de salud varía mucho por CCAA: Extremadura presenta un uso mayor de éstas (37%) frente al 16% de Castilla y León.

- El abordaje por **talleres** de personas expertas se realiza más en ámbito urbano (46% vs. 37%), por jóvenes (46% vs. 38%), y más durante los ciclos de ESO.

El profesorado no elige el mismo tipo de abordaje que dirección u orientación, tal y como se recoge en la figura 9. Llama la atención el bajo abordaje curricular del profesorado (28%) respecto al que afirman realizar el personal de orientación (34%) y dirección (56%).

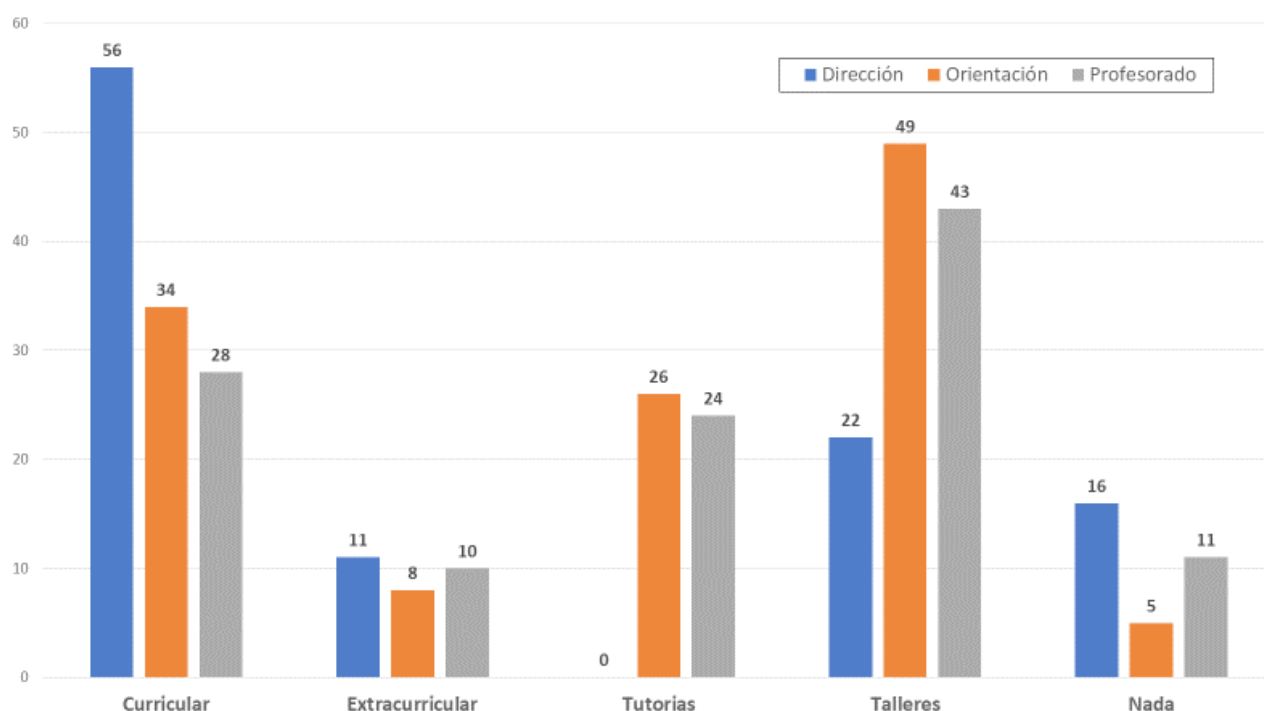


Figura 9: Abordaje de los contenidos de salud según puesto (%).

La EpS está casi exclusivamente centrada en el Plan de Acción Tutorial (PAT) y el Plan de Orientación Académica y Profesional (POAP), lo que supone, en general, reducir su abordaje a ciertos momentos y espacios puntuales y delegarlo en personas externas al centro, como muestran los datos.

“Hombre, normalmente la programación didáctica, en principio, se basa un poco más en la programación de la disciplina académica”. Director, Cáceres.

“Yo creo que la línea de acción tutorial trata de cubrir esas necesidades, lógicamente, porque no lo abordamos desde Matemáticas o Lengua”. Orientador, Fuenlabrada.

Sin embargo, de los datos se desprende que **integrar la EpS en el currículum depende, sobre todo, de la asignatura** impartida, como muestra la figura 10: como era de esperar, las asignaturas que lo incorporan más son las que tienen ya integrados por ley temáticas sobre salud en sus contenidos curriculares, por lo que no es necesario realizar ninguna adaptación.

- Respecto al curso, **en bachillerato es donde más se incorpora** (44%), seguido de 2º ciclo de ESO (38%), Formación Profesional (27%) y finalmente, 1º ciclo ESO (22%).

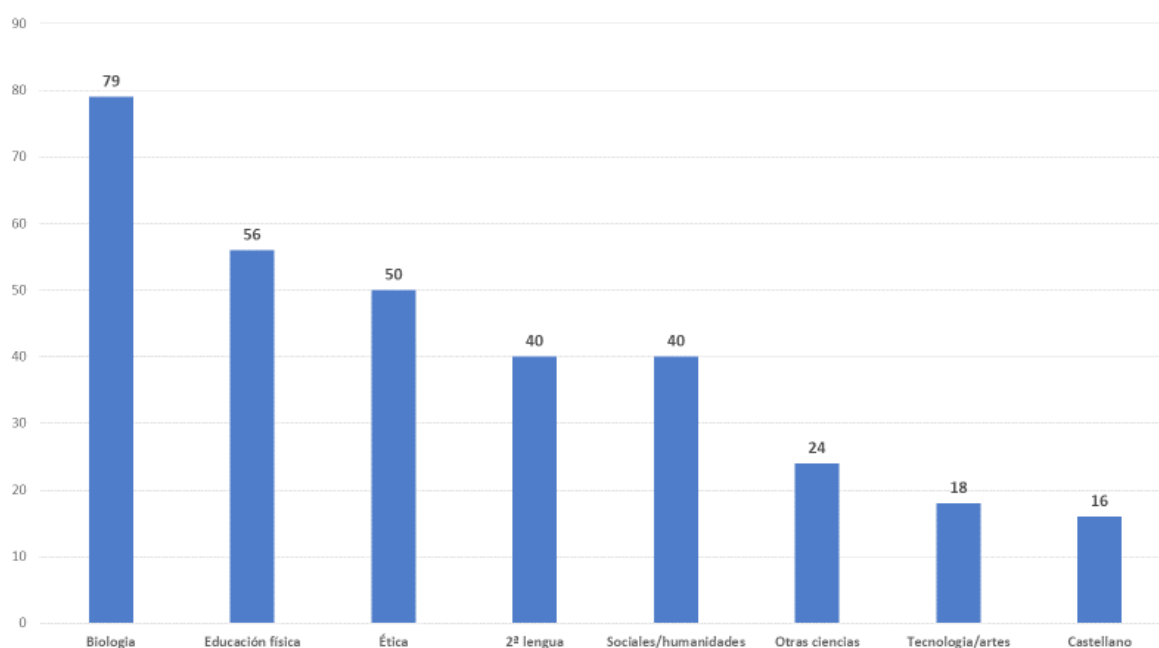


Figura 10: Abordaje curricular de los contenidos de salud según asignatura impartida (%).

Los datos recogidos, tanto cuantitativos como cualitativos revelan que, de forma generalizada, **los temas menos tratados transversalmente y más externalizados son los referentes a la igualdad de género, las relaciones afectivo-sexuales y la diversidad sexual**. Respecto a éstos dos últimos, aún se percibe que continúan siendo un tema tabú de algún modo y, de alguna forma, pertenecientes al terreno de lo opinático.

Por el contrario, las temáticas más abordadas por las personas que incluyeron contenidos de salud durante su ejercicio docente son la alimentación/nutrición, higiene, medio ambiente o TIC., ésta última sin duda fruto de su priorización por parte de la administración.

“...no se van a meter en camisas de once varas... lo que no te puedo decir es en una clase donde surja el tema de anticonceptivos o aborto... que cada una ahí tiene su opinión particular, hay gente muy prudente...” Directora, Cádiz.



A excepción de las iniciativas de EpS que se enmarcan en alguno de los programas ofrecidos por las consejerías, caso de Forma-joven en Andalucía, la falta de sistematización y evaluación de dicha educación en los centros es generalizada, muy alejada de lo exigido para las disciplinas académicas, siendo dos de las carencias fundamentales para no alcanzar la Transversalidad. Así lo demuestran los datos, que revelan que los contenidos en salud fueron evaluados en un 46% de las ocasiones, no evaluados en el 34% y se desconoce en el 19%.

Sólo el 46% de los abordajes en salud en el aula fueron evaluados.

- Existen **diferencias entre las CCAA**: En Madrid parece que se evalúa más (59%), seguida de Murcia (53%), Castilla León (45%), Andalucía (42%) y en última instancia, Extremadura (36%).
- **Las orientadoras evalúan más** (62%) que la dirección (58%) y que el profesorado (41%).
- De nuevo, **la asignatura** impartida parece ser muy importante para determinar si se hace o no evaluación, tal y como se puede ver en la figura 11, siendo Educación Física la que más evalúa (63%). Destaca que cuatro de cada cinco docentes de Biología incorporan contenidos de salud de manera curricular, mientras que sólo dos de cada cinco que la realizan, la evalúan.

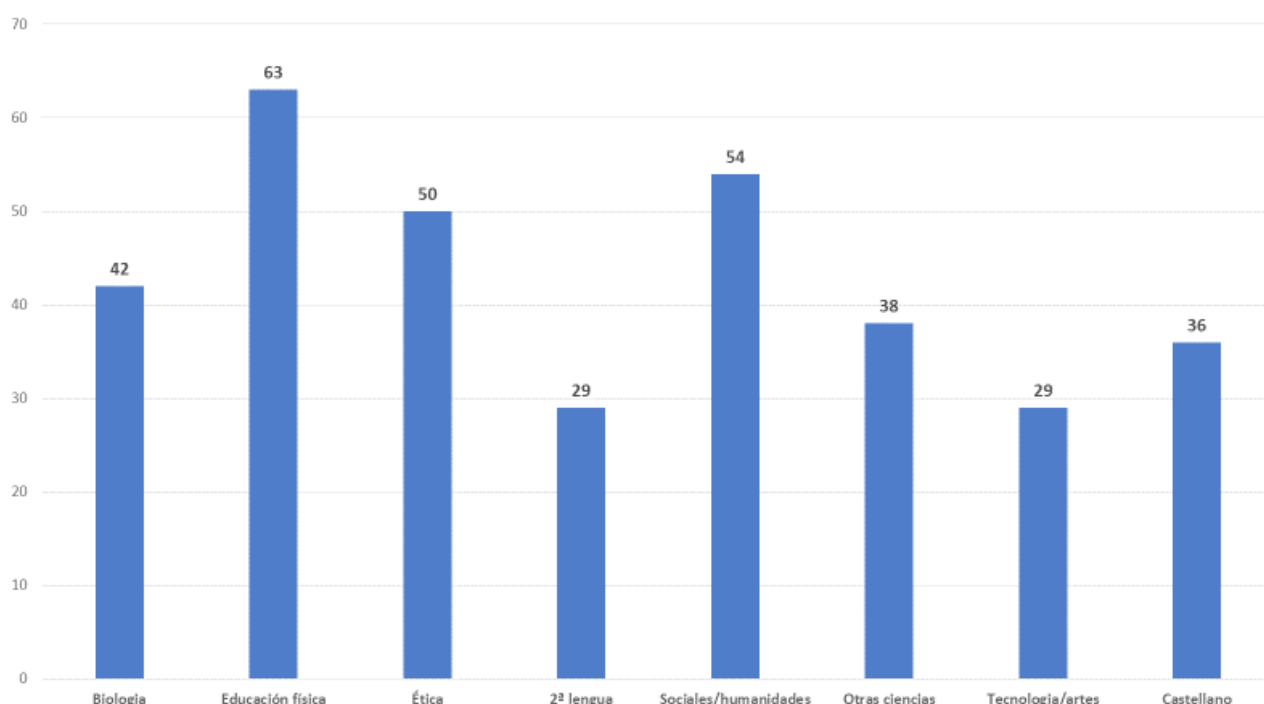


Figura 11: Evaluación de los abordajes de salud según asignatura impartida (%).

En todo caso, a través de las respuestas, tanto de cuestionarios como de entrevistas y grupos, sobre el concepto de salud, el rol del centro y sus docentes, así como las acciones llevadas a cabo y el abordaje mayoritario de la salud mediante talleres de sensibilización, se desprende que **el modelo de EpS más adoptado aún es el modelo preventivo o de desarrollo personal**, muy asociado con la responsabilidad individual sobre el estado de la salud y una visión menos dinámica y ecológica de la misma.



Fuente: Elaboración propia.

Apuntar, respecto a la implicación desde cada asignatura, que son numerosas las personas entrevistadas que propondrían recuperar la asignatura de “Educación para la Ciudadanía” para mejorar Transversalidad de la EpS en los centro educativos de secundaria.

A través del análisis multivariable de las diversas respuestas a las preguntas del cuestionario, hemos podido construir un **perfil de las personas que incorporan de manera curricular** los contenidos de salud, perfil que difiere significativamente de las que no lo hacen:

- Son personas que rechazan más la concepción más biologicista de la salud (34% vs. 46%);
- reciben con más frecuencia consultas de salud (17% vs. 7%);

- identifican más al profesorado como agente de la salud (34% vs. 19%);
- reciben más formación continua en salud (85% vs. 73%)
- y buscan más sus propias formaciones regladas (80% vs. 71%);
- realizan menos abordajes de salud mediante tutorías (16% vs. 26) o talleres especializados (22% vs. 51%);
- evalúan más lo que hacen (59% vs. 38%);
- afirman más formar parte de centros promotores de la salud (25% vs. 18%) que trabajan más sistemáticamente en red con otros centros (20% vs. 16%), y pertenecen a centros donde las iniciativas en salud provienen más de los equipos directivos (50% vs. 43%).

Por tanto, se puede observar (Figura 12) que **el abordaje integral de la salud de manera curricular, como indicador fundamental de transversalidad⁴, influye y está influido por los siguientes elementos relacionados con la EpS: creencias, conocimientos, interés y prácticas.**

Favorecer la transversalidad, se asocia a poseer un concepto más moderno de salud y (auto) identificar al docente como agente de salud (creencias), poseer formación (conocimientos) o buscarla (interés), y conocer los recursos institucionales y organizacionales disponibles (interés), en particular la coordinación con otros centros educativos, el ser centro promotor de la salud, o que sea el equipo directivo el impulsor de las iniciativas en salud (interés).

En el plano práctico, el perfil más transversal está relacionado con recibir más consultas sobre salud de su alumnado y hacer menos abordajes a través de las tutorías o talleres externos y evaluar más lo que se hace.

⁴ Como se ha visto en el apartado Marco Teórico, explicar los “significados” que emergen del concepto de “transversalidad” pasa por aludir al elemento del cual surgió: “El currículum”, en tanto en cuanto elemento de la educación sistemática, intencionada, formal, institucional o escolarizada.

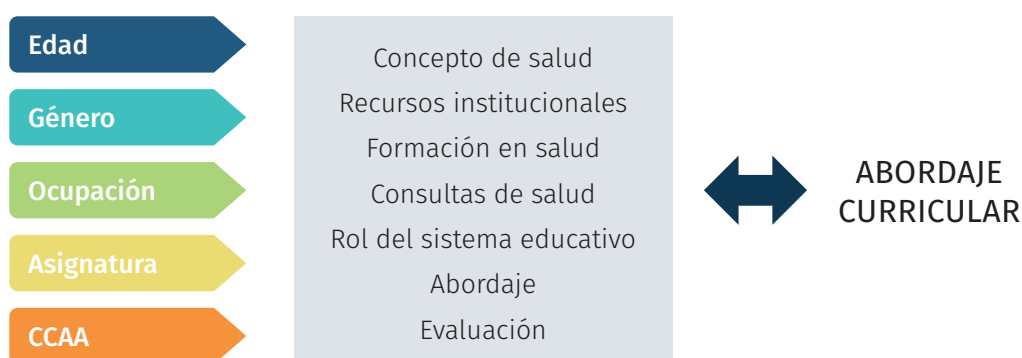


Figura 12: Modelo teórico explicativo de las variables relacionadas con el abordaje curricular de la salud.

Los mencionados elementos (creencias, conocimientos, interés y prácticas), a su vez, están relacionados por factores característicos, cuatro de naturaleza individual: La edad, el género, la ocupación, la asignatura impartida y un quinto de naturaleza sistémica, la CC. AA. donde se trabaja.

- **Las personas de mayor** edad tienen un concepto de salud más abierto y relacional y menos biológico, también tienen más formación y conocen mejor los recursos institucionales disponibles para la promoción de la salud en el centro.
- **Ser mujer** influye también en mostrar una concepción de salud más abierta, en acceder a más formaciones con contenidos de salud, a recibir más consultas del alumnado sobre salud, o con buscar cualquier método para abordar la salud en el aula.
- **El ser docente** (comparado con dedicarse a dirección u orientación) se corresponde con una visión más cerrada y biologicista de salud, menos formación y conocimiento de los recursos institucionales disponibles, recibir menos consultas, abordar más la salud mediante talleres y tutorías, y evaluar menos. También se corresponde con otorgar menos peso a su responsabilidad en la salud del alumnado.
- **Respecto a las asignaturas**, hay cuatro en las que se abordan más temas sobre salud: Ética y Filosofía, Ciencias Sociales, Biología y Educación Física. Impartir clases en estas materias, se relaciona con la mayoría de los componentes mencionados. Es decir, con una concepción menos biologicista de la salud, más conocimiento de los recursos disponibles, más formación, más consultas recibidas, mayor peso a la responsabilidad del docente y sistema educativo en salud, menos abordaje por tutorías y talleres y más evaluación.

La edad, el género, el puesto, la asignatura impartida y la CC. AA. influyen en la realización del abordaje curricular de la salud.



Todos estos factores son más cercanos al plano individual, aunque se ven afectados por variables más estructurales. Los diferentes sistemas educativos de cada CCAA tienen distinto enfoque en el abordaje de las competencias, entre ellas la inclusión transversal e integral de la salud en los contenidos que se imparten y la organización de las horas lectivas, asignaturas optativas, etc. Esta diferencia se manifiesta en que la CC. AA. donde se trabaja influye en la formación que se recibe, en el acceso y el conocimiento de los recursos institucionales, en que se hagan más o menos consultas relacionadas con salud, en la concepción del rol del educador y el sistema respecto a la salud, y en los tipos de abordaje escogidos y su evaluación.

4.3 RECURSOS INSTITUCIONALES Y ORGANIZATIVOS

Como ya mencionábamos anteriormente, además de la motivación y preparación individuales, el abordaje de la EpS de forma sistemática en los centros exige, según aporta el personal directivo, primero, del reconocimiento de su importancia por parte de la administración, que se traduciría necesariamente en facilitar formación accesible y recursos materiales y humanos. Se trata, finalmente, de que la importancia de la EpS se interiorizara de la misma forma que el fomento de la lectura, por ejemplo, competencia transversal por antonomasia.

Asimismo, las personas consultadas nos revelan que se carece de espacios y/o figuras para la coordinación entre el personal directivo, docentes y orientación, práctica que resultaría clave para dar coherencia al proyecto educativo de EpS y hacerlo sistemático.

“Nosotros hace cuatro o cinco años podíamos disponer de horas para reunirnos un equipo pedagógico, un grupo de profesores (...), por ejemplo, de convivencia ahora no podemos”. Tutor, Fuenlabrada.

“Siempre hay que poner a alguien, hay que delegar, hay que nombrar a ciertas personas para que se ocupen de ciertos aspectos, la salud, que hubiera un coordinador que se encargara”. Directora, Valladolid.

“Cuando habéis empezado a mover este tema me habéis inquietado, entonces lo que pido es que todo lo que podamos hacer lo hagamos, pero la administración nos de los recursos, horas lectivas o que tengamos una coordinadora de salud, que nos lo formen y que lo valoren”. Directora, Valladolid.

El cuestionario recogía un inventario de recursos organizativos que podían facilitar el abordaje integral de la salud en los centros educativos. Las respuestas de esta pregunta se recogen en la tabla 8.

Tabla 8: Recursos de los centros para el abordaje transversal de los contenidos de salud (%).

	Si	No	No sé
1. La EpS está integrada en el proyecto curricular del centro (PCC)	59	11	30
2. El centro dispone de huerto ecológico, contenedores de reciclaje, energías renovables...	64	32	4
3. En el plan general anual se incorporan proyectos de convivencia	85	5	10
4. El centro forma parte de la red de Escuelas promotoras de Salud	20,5	28	51,5
5. El centro dispone de protocolo de acoso/Violencia de Género	86	1	13
6. El centro dispone de Plan de Igualdad	56	15	29
7. El centro organiza actividades en fechas señaladas (día de la salud, de la infancia, contra la violencia de género...)	85,5	9	5
8. El centro tiene acceso a una red virtual/base documental de materiales de EpS	24	22	53,5
9. La cafetería/máquinas expendedoras promueven el consumo de productos saludables	27	57	16
10. Existe algún recurso de coordinación a nivel provincial/autonómico	30	13	57
11. El centro promueve la formación continua del profesorado	79	12	9
12. Las iniciativas sobre EpS parten del equipo directivo	45	23	32

La existencia de estos recursos varía mucho por CC. AA. Por ejemplo, la Educación para la Salud parece más integrada en el proyecto curricular del centro en la Región de Murcia (79%), que en Extremadura (70%), Andalucía (60%), Castilla y León (54%) o Madrid (47%). En Murcia, además, hubo más personas que afirmaron que su instituto forma parte de la red de centros promotores de la salud, frente a los centros de Andalucía (34%), Extremadura (18%), Castilla y León (16%) o Madrid (5%). En general, las personas de Murcia, Andalucía y Castilla León afirman tener más acceso a estos recursos. En Andalucía, por su parte, existe un porcentaje mucho más alto que en las demás de



personas que afirman que sus centros cuentan con plan de igualdad (93%). La igualdad de género es una prioridad en dicha Comunidad, que dispone de un plan regulador a nivel autonómico.

Llama la atención el desconocimiento de algunos de estos recursos,

como los referidos a la coordinación autonómica (57%) o si el origen de las iniciativas de salud proviene del equipo directivo (32%). Las personas entrevistadas más jóvenes y en general el profesorado, presentaban un mayor desconocimiento.

Esto parece señalar una cierta falta de aprovechamiento de estas herramientas, tal vez relacionada con problemas de comunicación o coordinación inter-centro, y entre profesorado y equipos directivos.

Destaca el alto desconocimiento del profesorado de los recursos organizacionales para el impulso de la promoción de la salud en el centro.

Las personas que afirman que su instituto pertenece a la Red de Centros Promotores de la Salud presentan algunas diferencias respecto a las demás: son más mujeres (78% vs. 69%), reciben consultas de salud con más frecuencia (frecuentemente 15% vs. 8%), y evalúan más las intervenciones en salud (58% vs. 44%). Sobre todo, tienen más presentes todos los recursos institucionales relacionados con la promoción de la salud. Por ejemplo, conocen la integración de la Educación para la salud en el proyecto curricular de centro (84% vs. 42%), que existe Plan de Igualdad (71% vs. 52%), entienden que se promueve la formación continua del profesorado (91% vs. 76%) y que las iniciativas de Educación para la salud parten más del equipo directivo (70% vs. 39%). También detectan más participación sistemática del alumnado, del profesorado y del AMPA (59% vs. 53%), y más coordinación con otros centros (28% Vs 14%) y con el sistema sanitario (58% vs. 37%).

Por lo tanto, podría parecer que la declaración de Centro Promotor de la Salud tiene efectos importantes en los recursos organizativos disponibles para la promoción de la salud, pero no en las concepciones y su abordaje final por parte de las y los docentes. Las aportaciones de las y los directores entrevistados nos ofrecen una explicación a este hecho, ya que parece que el intercambio con otros centros de la Red de Centros Promotores de Salud se realiza únicamente entre las personas que coordinan los programas, quedando el resto de integrantes del centro educativo, en cierta forma, ajenos a estos procesos.

5. LO QUE NO SE VE: EL OTRO CURRÍCULO

La mayoría de las personas entrevistadas (4 de cada 5) desconoce el significado del concepto currículum oculto. El centro educativo como espacio simbólico, sus elementos y relaciones personales no están siendo en general motivo de especial atención a la hora de promover la salud integral en su vertiente más vivencial. Se observa una conexión directa positiva entre liderazgo participativo y alcance de las iniciativas educativas diferentes a las estrictamente académicas.

La percepción de las personas consultadas es que el alumnado no participa frecuentemente en las decisiones del centro (normativas o curriculares), mientras que la del profesorado es más sistemática aunque existe un importante desconocimiento en relación al grado y canales de participación disponibles. De nuevo llama la atención el elevado desconocimiento que existe sobre el trabajo en red con otros centros o la coordinación con servicios de salud. Las personas que tienen puestos directivos, tienen mayor percepción de que el centro es participativo, en relación al profesorado.



5.1 LA ESCUELA COMO ESPACIO SIMBÓLICO

Por currículum oculto se entiende: *“el conjunto de normas, costumbres, creencias, lenguajes y símbolos que se manifiestan en la estructura y el funcionamiento de una institución”*. Solamente una de cada cinco personas entrevistadas (22%) señaló esta definición como la válida. El personal de orientación acertaba más (40%) que los equipos de dirección (23%) o el profesorado (17%).

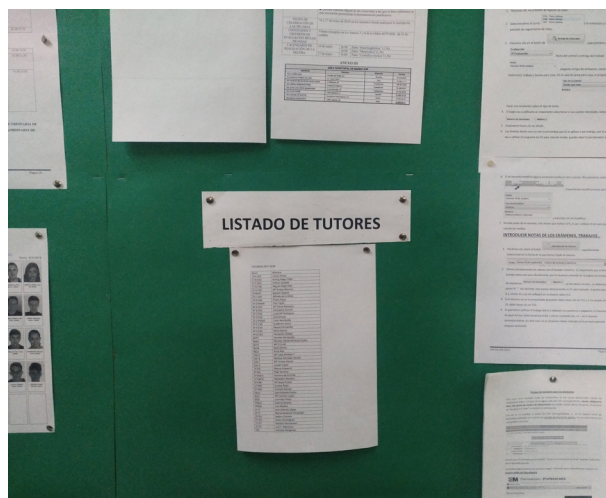
La definición más elegida (50%) fue, sin embargo: *“Son los aprendizajes que el/la docente enseña a su alumnado y que no están directamente asociados a su asignatura/materia”*. Esto indica, por una parte, que **el concepto de currículum oculto es ajeno para la mayoría de las/os entrevistadas/os**, por lo que es difícil que se tenga presente a la hora de realizar un diagnóstico de salud integral de su centro, y, por otra, que el concepto de aprendizaje sigue muy relacionado a lo cognoscitivo obviándose lo vivencial.

Tampoco las personas participantes en entrevistas y grupos, hacen, en general, mención a elementos del currículum oculto de sus centros que podrían favorecer o dificultar la salud en su concepción más amplia y, mucho menos, reflexionan de forma espontánea sobre la importancia del instituto como espacio simbólico en la transmisión de valores.

Hemos encontrado varios centros que han introducido **elementos, por ejemplo, relacionados con la igualdad de género** (lenguaje inclusivo, visibilización de mujeres célebres en sus murales o despachos, etc.) de forma permanente. No obstante, aunque las acciones encaminadas a la prevención de la violencia de género y la discriminación, y, en general, la promoción de relaciones saludables, son cada vez más frecuentes, se suelen abordar en días, espacios o murales “aparte”. Este hecho podría considerarse un símil con el abordaje de estos temas en talleres a margen del contenido curricular cotidiano.



Panel, Almería.



Tablón de anuncios, Fuenlabrada.



Tablón de anuncios, Cádiz.



Entrada a un IES, Cádiz.*



Pasillo, Murcia.

* Aunque el uso del signo de la arroba para incluir ambos sexos no es la mejor opción, supone una declaración de intenciones. Elegir la palabra “profesorado” en el cartel, no es frecuente.



En otro orden de cosas, en referencia a sus instalaciones, sorprende comprobar que, de los centros visitados, también sea excepcional que los baños para alumnado no cuenten con papel higiénico ni jabón.



Baños, Fuenlabrada.



Patio, Almería.

Los lugares de ocio, a menudo entendidos como “ajenos” a la mirada educativa, siguen por lo general manteniendo una configuración que no estimula el encuentro sosegado y la diversidad de juegos o deportes diferentes de los mandatos heteropatriarcales.

Por el contrario, sí parece que, según se ha comprobado también a través de la encuesta, el uso de contenedores de reciclaje está normalizado en la mayoría de los centros (64%). Los espacios verdes, a través de la observación, son, sin embargo, deficitarios, sobre todo en los centros situados en el casco antiguo de las ciudades, cuyo espacio físico está limitado.

5.2. AGENTES CLAVE, RELACIONES Y PARTICIPACIÓN

Constituirse como un centro saludable pasa necesariamente por el fomento de relaciones saludables entre todos sus miembros. La participación, el estilo de liderazgo y la cooperación interna y externa con otros agentes son algunas de las variables que pueden medirla.

La Tabla 8 recoge los resultados sobre el nivel de participación y colaboración en los centros.

Tabla 8: Frecuencia de uso de los canales de participación del centro educativo (%).

	Sistemáticamente	Puntualmente	Nunca	No sé
1. El alumnado puede hacer aportaciones al currículo	8	43	21	30
2. El alumnado participa en las normas del centro y/o en la resolución de conflictos	32	56	4	8
3. El profesorado puede hacer aportaciones al currículo	59	29	2	9
4. El profesorado participa de las decisiones del centro y sus normas	68	25	1	5
5. El centro y el AMPA colaboran	54	26	6	14
6. Se trabaja en red con otros centros	17	31	14	38
7. El centro se coordina con los servicios de salud locales	41	31	3	25

Los resultados muestran un uso más sistemático de las formas de participación concernientes del profesorado (aportaciones en currículo, decisiones de centro y normas) respecto a las del alumnado, que participa de manera más puntual.

- Parece que Castilla y León es la CCAA donde el profesorado hace aportaciones con mayor frecuencia al currículo (69%).

Llama la atención el **elevado desconocimiento** que hay sobre algunas de estos canales de participación, como es la posibilidad del alumnado de aportar al currículo, el trabajo en red con otros centros y la coordinación con centros de salud locales. Existe más desconocimiento entre las personas entrevistadas más jóvenes.

De nuevo, **el puesto** de la persona encuestada tiene mucha relación con el nivel de participación percibido:

- En general, los equipos directivos creen que se utilizan de manera más sistemática y el profesorado tiene más desconocimiento u opina que su uso es más puntual. Por ejemplo, personas con cargos de dirección en el centro, perciben más las aportaciones sistemáticas del alumnado al currículum (11%) y tienen menos desconocimiento de estas (14%), mientras que el profesorado lo percibe justo a la inversa (6% y 36%). De forma semejante, la participación sistemática del profesorado en las normas del centro es, según la dirección del 91%, según orientación del 81% y según el profesorado, del 61%.

- Esto sugiere que, o bien las personas responsables de la dirección creen que sus centros son más participativos de lo que realmente son, o bien el profesorado no reconoce esa participación, por falta de comunicación y/o porque no le otorga suficiente importancia a este tema.

Es interesante señalar que **las personas que incorporaban contenidos de Educación para la Salud de manera curricular son más optimistas en cuanto al nivel de participación.**

- Por ejemplo, las aportaciones sistemáticas o puntuales del alumnado en el currículo son más percibidas entre los que incorporan la educación para la salud en sus currículos (57%) que los que no (45%), así como las aportaciones del profesorado (94% vs. 86%) y el trabajo en red (58% vs. 42%).

Por otro lado, el personal docente no parece ser del todo consciente de que su **buen ejemplo y actitud** es una de las mejores formas de generar ciertas conductas y hábitos en su alumnado y que las relaciones que promueva con su alumnado y en clase, serán el doble de eficaces que una charla sobre relaciones saludables entre iguales.

“Sí existen profesionales que sirven de modelo y guía (...) enseñan lo que saben desde la empatía, la emoción y el afecto. Son además justos y rectos (...) sus alumnos pueden contar con ellos”. Director, Zamora rural.

En este sentido, el alumnado participante en las sesiones de diagnóstico hace una interesante aportación: para éste, en un Centro Promotor de Salud las relaciones tendrían que ser democráticas.

En general, las y los directoras/as entrevistados/as nos trasladan el orgullo que sienten por su equipo directivo, su implicación y las relaciones de compañerismo generadas en sus centros. El estilo directivo influye también en **el ambiente del centro**. Uno democrático y cooperativo trabaja a favor de la coordinación y la motivación del equipo y facilita la aplicación transversal de las competencias.

Asimismo, una visión más reduccionista de la salud por parte de la dirección es inversamente proporcional a la diversidad de acciones de EpS propuestas y, por tanto, implementadas en el centro.

La figura del orientador/a es **clave** para el diagnóstico del estado de salud del alumnado y la transversalización de las acciones educativas que la fomenten. Aun así, se detecta, sobre todo a través de las entrevistas -pero también durante el proceso investigador mismo- un cierto desencuentro entre el departamento de orientación y la dirección y/o profesorado del centro. La orientadora o el orientador puede jugar un rol muy diferente según su perfil personal y su inserción en el centro, encontrándose no pocos casos extremos: Por un lado, personas con escasa vocación para el puesto y/o que desarrollan sus funciones de forma bastante limitada, por otra, personas con sobrecarga de trabajo que llevan el peso de la iniciativa y coordinación de actividades relacionadas con la convivencia, la educación en valores y para la salud, las actividades extraescolares, etc. La movilidad en el puesto no ayuda, en todo caso, a que los procesos e intercambios iniciados, cristalicen.

“Yo estoy muy orgulloso de la preocupación de un departamento de orientación que verdaderamente moviliza al profesorado y a otros departamentos que estamos preocupados por tener un sello de salud, de calidad del centro”.

Director, Cáceres.

Respecto a la **colaboración con otros agentes**, poco más de la mitad de las personas afirma que se trabaja sistemáticamente con las AMPA.

- Está colaboración es más sistemática en el ámbito rural (63%) que en el urbano (47%) y cambia según CC. AA.: Murcia (79%), Extremadura (61%), Castilla y León (57%), Madrid (49%) y Andalucía (42%).
- Las personas con mayor edad que la media, afirman que su centro colabora más con el AMPA (57%) que las jóvenes (50%).

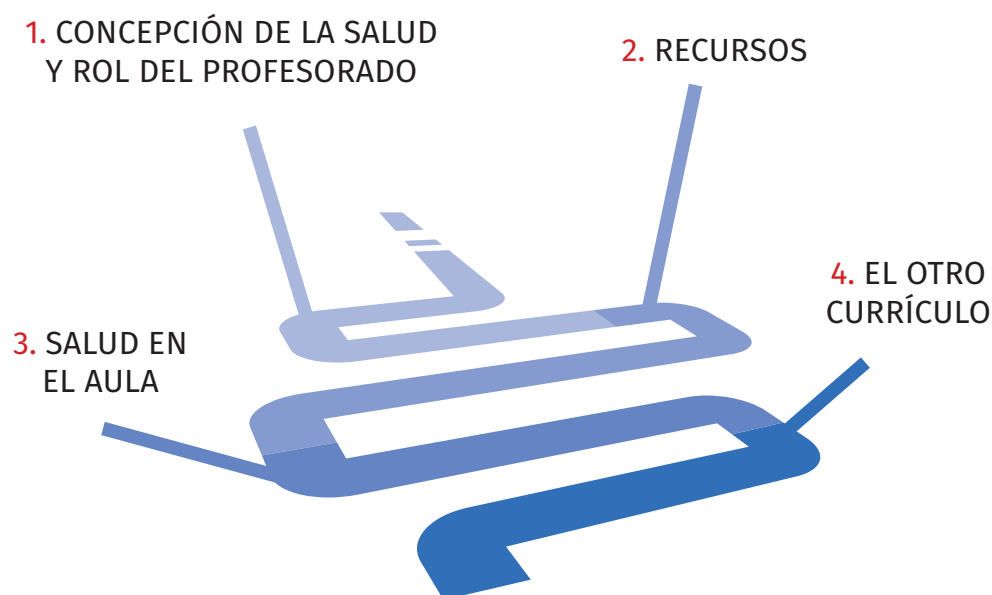
La coordinación entre el sistema de salud y el educativo presenta carencias, según se recoge en las entrevistas, quedando la incorporación al centro de la dimensión social-comunitaria de la salud frecuentemente olvidada. Cuando se da una relación verdaderamente fructífera entre el centro y los servicios de salud locales depende, generalmente, de la disposición individual del personal sanitario y el impulso de la dirección del centro.

“Tendría que haber lo que podríamos llamar un plan de salud de la zona y su implementación en los centros (...) desde ese Plan, concretar para el centro un Plan de actuación donde se comprometa a todos los departamentos”. **Director, Zamora rural.**



6. CONCLUSIONES

6.1. PRINCIPALES HALLAZGOS



Concepción de la salud y rol del profesorado

La mayoría de las personas entrevistadas parecen tener una **concepción amplia de la salud**, es decir, no la limitan a su dimensión biológica e incorporan el componente psicológico y social. No obstante, hay que destacar que una parte importante (41%) sigue asociando salud principalmente a la ausencia de enfermedad, esto es, su concepción más biologicista. Los perfiles que muestran una visión más abierta de la salud son las personas de mayor edad, las mujeres y las que imparten biología, ética o ciencias sociales.

Esta mirada conceptual más amplia no siempre se traslada a intervenciones de salud más amplias. Las acciones para la mejora de salud que se realizan en el centro suelen relacionarse con la promoción de desayunos saludables y la práctica de deporte. Parece que el modelo de intervención en salud predominante sigue limitándose al preventivo, centrado más en el comportamiento individual. Incorporar otros modelos, que atienden a factores estructurales más que a los hábitos individuales- como el de desarrollo social- depende sobre todo de la concepción de salud de los equipos directivos y no tanto de las necesidades puntuales detectadas en el centro.

En general, **existe conciencia de la importancia que el sistema educativo tiene en la salud del alumnado**, sin embargo, no se percibe como el único factor de influencia ni el más importante: el contexto social y familiar del mismo limita y condiciona el impacto que pueda tener este ámbito. Llama la atención la discrepancia entre equipos directivos y de orientación por un lado y profesorado por el otro, respecto a los roles que se atribuyen a los centros educativos en referencia a la salud. Los datos indican que el profesorado hace más hincapié en su limitación de la responsabilidad y la del centro y, por el contrario, los equipos directivos y de orientación tienden a conceder más protagonismo al personal docente, considerándoles agentes de salud.

En referencia a **la salud del alumnado**, ésta es percibida como “buena” por la mayoría (57%), tal y como es esperable en población adolescente, aunque con matices: las y los docentes señalan a través de su discurso que su alumnado presenta con frecuencia falta de empoderamiento, desmotivación académica; infelicidad, al fin y al cabo, y que está asociada a un entorno familiar y social poco favorecido. Los indicios de una mala salud son relacionandos, sobre todo, con malos hábitos de vida.

Recursos

Entre los factores que dentro del ámbito educativo pueden favorecer o frenar el desarrollo de la Educación para la Salud en los centros se encuentran los recursos individuales y los institucionales-organizativos. Entre los primeros, la formación es un aspecto a tener en cuenta: **prácticamente todas las personas entrevistadas (98%) declara haber recibido algún tipo de formación relacionada con salud**. La gran mayoría la obtuvo mediante formación continua, sobre todo en Tecnologías de la Información y Comunicación (82%), resolución pacífica de conflictos (82%) y perspectiva de género e igualdad (80%). Los temas explorados en los que se ha detectado menos proporción de profesionales que han recibido formación son salud mental (56%), medio ambiente (69%), y salud sexual y reproductiva (71%), aunque dicha proporción no deja de ser alta.

A pesar de estos datos, de su discurso se desprende que no creen estar-ni pueden pretender estarlo- suficientemente formados en la totalidad de los temas sugeridos, lo que les exigiría un nivel de especialización difícil de asumir.

En este sentido, y aunque se detecta con bastante frecuencia entre el alumnado falta de **bienestar afectivo-sexual**, bien a nivel relacional entre parejas, bien por conflictos de identidad y rechazo a la diversidad o conductas de riesgo, esta dimensión de la salud **sigue**



siendo en cierta forma un tema tabú y en el que las personas entrevistadas muestran más inseguridad. Cuando se profundiza en estas posturas, buena parte del personal docente admite en su discurso que es preferible no abordar estos temas, tanto por razones personales como formativas. Así, la educación afectivo-sexual sigue siendo una de las materias de Educación para la Salud pendiente, a tenor también de los resultados sobre la naturaleza de las consultas que el alumnado hace a las y los docentes y en las que se destaca esta temática.

Más allá de los recursos personales y formativos, llama la atención el grado de **desconocimiento, especialmente entre el profesorado, acerca de los recursos institucionales y organizativos del centro**: más del 50% de las personas consultadas no sabe si su centro forma parte de la Red de Escuelas Promotoras de Salud, si existen materiales disponibles de consulta sobre Educación para la Salud o algún recurso de coordinación a nivel provincial/autonómico. De nuevo, los datos muestran discrepancias entre las posturas del profesorado (más desconocimiento) y la de los equipos directivos y de orientación (menos desconocimiento).

Por su parte, del discurso de directoras y directores se desprende que plantear objetivos conjuntos en el Proyecto Educativo del Centro es una práctica clave para favorecer el abordaje transversal de la salud.

Salud en el aula

El aula es un espacio común de detección de problemas y esporádicamente de consultas sobre salud. **Los problemas más detectados entre los sugeridos en el cuestionario son las adicciones a móviles, redes sociales e internet, estados de ánimo deprimido y el consumo de tabaco.**

Es interesante señalar que **el género, en relación al personal docente, influye tanto en las consultas como en la detección de problemas de salud**. Las mujeres podrían ser más receptivas puesto que reciben más consultas, y tienen una concepción más amplia de la salud que los hombres, detectando más problemas y menos asociados a lo estrictamente biológico. Ellos señalan más problemas relacionados con adicciones y ellas más con discriminaciones, violencias de género o salud mental.

En el aula, **el desarrollo de las competencias sobre salud no se sistematiza durante la práctica docente**. Aunque la mayoría de las personas entrevistadas (90%) incorpora de al-

guna manera contenidos de Educación para la Salud durante el curso, tan sólo el 28% del profesorado lo hace de forma curricular y la mayoría no las evalúa. Lo más común es abordarlos mediante talleres impartidos por personas expertas y externas al centro educativo.

Uno de los principales hallazgos de la investigación es la relación que se establece con determinadas variables y el abordaje curricular-transversal de los temas de salud en los centros educativos: el género, la edad, el puesto, la asignatura impartida y la CCAA influyen definitivamente en dicho abordaje. Así, impartir biología, educación física o ética, ocupar puestos de orientación o dirección, presentar una edad mayor que la media o ser mujer se relaciona con presentar una visión más amplia de la salud y realizar un abordaje curricular de la misma.

En todo caso, parece que la motivación del docente y la apuesta personal de la dirección del centro son dos factores fundamentales para superar las dificultades asociadas a dos premisas que señalan con recurrencia: la carga de horas lectivas y un currículo fuertemente centrado en la asignatura.

El otro currículo

Un estilo de liderazgo democrático y la promoción de espacios de participación influyen en la motivación e implicación de la comunidad educativa y transmiten al alumnado formas de relación deseables. **Los datos indican que el profesorado desconoce en gran medida el nivel de participación y los canales que la facilitarían.** La figura del orientador/a se revela en todos estos procesos, como un agente clave para promover y canalizar dicha participación y las acciones de Educación para la Salud en los centros, aprovechando las sinergias entre las competencias y las asignaturas.

Por su parte, el profesorado no parece ser del todo consciente de que su ejemplo (sus hábitos, su forma de relacionarse, su lenguaje) tienen gran influencia en su alumnado, más si cabe que los contenidos en salud que se tratan en las clases.

Por último, se ha detectado que **el centro, como espacio simbólico**, está aún lejos de ser un ámbito cuyos elementos (objetos de higiene en los baños, alimentos saludables, nivel de ruido, lenguaje y patios inclusivos, etc.) favorezcan la salud desde lo cotidiano y vivencial. Todo ello forma parte del currículum oculto, cuyo significado desconocía la mayoría de las personas participantes.



6.2. RECOMENDACIONES

Los resultados de esta investigación llevan a realizar recomendaciones partiendo de dos grandes líneas, que contienen objetivos y propuestas de acción más concretos (figura 16).

LÍNEA 1: AVANZAR EN EL ABORDAJE TRANSVERSAL Y CURRICULAR DE LA SALUD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS.



Para ello sería interesante, en primer lugar, conseguir que el personal docente ampliara su mirada sobre el concepto de salud y lo interiorizada como un valor ético. También es importante transmitir al profesorado la idea de una re-orientación cualitativa y no cuantitativa del abordaje de estos temas en el aula, imbricando los contenidos sobre salud y los contenidos del plan de estudios sin que se viva como un sobreesfuerzo.



Para realizar estos objetivos es importante reforzar la formación en contenidos en salud, particularmente del profesorado. Esta apuesta no sólo tiene que llevarse a cabo revisando la oferta de cursos y su accesibilidad, sino también incorporando esa concepción abierta de la salud en los contenidos, así como un enfoque muy pragmático. Este enfoque tiene que ayudar al profesorado a incorporar la salud en su propio currículo, para que las formaciones le sean útiles. En ese sentido, podría ser interesante realizar formaciones focalizadas. Por ejemplo, realizar formaciones específicas para el profesorado que menos abordaje curricular de salud realiza (como las lenguas, o las ciencias diferentes de biología) para ayudarles a adaptar contenidos de salud a sus asignaturas. Además, estas formaciones deberían incorporar propuesta de evaluación cuando se apliquen en el aula. Independientemente de esto, sería necesario impulsar la creación y adaptación de materiales didácticos para este enfoque transversal de salud, lo que en la práctica implica que los libros de textos incorporen esta dimensión. Aun así, hay que tener en cuenta que una asignatura ad hoc garantizaría el acceso a contenidos de salud evaluables, pero no garantizaría la transversalidad, porque no asegura la vivencia de los contenidos, imprescindible para crear hábito, ni atendería al currículo oculto.



La promoción de relaciones saludables en el centro es fundamental: Introducir la idea y la ética del cuidado en las prácticas educativas es una manera de abordar transversalmente la salud. El centro debe promover el cuidado mutuo, la libertad, la solidaridad y el respeto a las diferencias, entre otras cosas.



Habría que corregir la falta de presencia de la educación afectivo-sexual y el respeto a la diversidad. La sexualidad se sigue abordando todavía desde su vertiente más biológica, la reproducción humana y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Formar al profesorado en estos temas desde un enfoque de Derechos Humanos sería un buen punto de partida para minimizar prejuicios, reducir miedos y ampliar perspectivas.



Para lograr consensos que avancen en esta transversalidad es necesario mejorar los canales de comunicación y coordinación entre equipos directivos y profesorado en los centros educativos, que reduzcan las discrepancias detectadas. Para esto se propone crear y reforzar espacios de intercambio y coordinación donde se puedan compartir los recursos organizacionales disponibles y sobre todo se puedan consensuar y repartir los roles respecto a la salud que se asumen dentro de la comunidad educativa. Una definición clara de estos roles desde la administración educativa ayudaría a dirigir estos debates y a reducir discordancias entre equipos educativos y profesorado. Estos espacios tienen que servir también para realizar programaciones coordinadas de Educación para la Salud en el centro.

Además de estos espacios de coordinación intra-centro, se propone reforzar o promover espacios de coordinación intersectorial con los recursos del barrio, para ampliar y enriquecer la perspectiva en el abordaje de la salud y buscar alianzas. Para todos estos espacios, se propone reforzar la figura del personal de orientación como mediador y puente entre equipos directivos y profesorado a la hora de facilitar este abordaje transversal de la salud.



Para mejorar en el desarrollo de la promoción de la salud en los centros educativos, es fundamental esta coordinación, tanto como la motivación del profesorado. Por eso, las medidas organizacionales tienen que apoyar sus necesidades y aptitudes de una manera pragmática. Una posibilidad es apostar por fórmulas de abordaje mixtas que intercalen contenidos en aula sobre salud con talleres de personas expertas en contenidos concretos. También crear o potenciar si ya existe, una figura de referencia en el centro para la Educación para la Salud, que realice tareas de coordinación, aportando coherencia y transversalidad a las acciones de salud realizadas. Para eso, podría ser eficaz reorganizar el tiempo o la carga docente de estas personas más motivadas, para que impulsen este abordaje.



LÍNEA 2. MEJORAR LA CALIDAD DE LAS ACTUACIONES EN SALUD.



La Educación para la Salud debería intentar no centrar su discurso en la prevención de enfermedades o malestares concretos para adoptar progresivamente un modelo más cercano al denominado “de desarrollo social” que promueve la intervención tanto en las conductas personales como en las colectivas, consiguiéndose de esa manera una modificación del ambiente social y físico. Para reforzar además la acción colectiva sería fundamental fomentar la participación tanto en los diagnósticos como en el diseño de actuaciones, de todos los miembros de la comunidad educativa, especialmente del alumnado.



Para mejorar la calidad de las mismas es imprescindible introducir la mentalidad de la evaluación en cada contenido de salud y sistematizar los diagnósticos previos a su elección. Esta evaluación no debe ser necesariamente hacia el alumnado, sino que el personal docente tiene que disponer de información para reflexionar sobre sus actuaciones con tal de mejorarlas.



Es importante también respecto a todos estos temas, tratar de recortar la asimetría entre comunidades autónomas, a través, entre otras iniciativas, del fomento de programas ad hoc en las que no existan así como de las Redes de centros promotores de salud. También, y de nuevo, podría ser una estrategia de mejora impulsar mecanismos de coordinación entre CCAA que permitan intercambiar fórmulas de éxito o buenas prácticas.



Por último, no podemos dejar de señalar la responsabilidad que tienen las administraciones y autoridades competentes en el fomento de contextos saludables y, dentro del educativo, en crear normas y diseñar pautas curriculares que contribuyan a crear las bases para una Educación para la Salud efectiva.



Figura 13: Cuadro - Resumen recomendaciones.

6.3. REFLEXIONES FINALES

La presente investigación trasciende la discusión sobre la aplicación de la transversalidad de los contenidos de Educación para la Salud hacia un cuestionamiento del propio sistema educativo y sus prioridades. El debate sobre la crisis de la función social de la escuela y el papel del docente contextualiza y da significado a gran parte de los discursos.

Por un lado, el sistema educativo lleva recibiendo en las últimas décadas nuevas demandas por parte de la sociedad encaminadas al desarrollo integral del alumnado. Estas demandas relacionadas con valores y competencias, por ejemplo en salud, hasta ahora no explícitas, crean en el profesorado un sentimiento de excesiva responsabilidad.

Por otro lado, el modelo educativo sigue organizando sus objetivos académicos, sus recursos humanos y materiales alrededor de la asignatura, lo que condiciona fuertemente la planificación del curso académico y su contenido curricular.



Esta contradicción se inserta en un marco aún más amplio, en tanto en cuanto aún no se ha producido el cambio del paradigma social de la modernidad, que considera a la racionalidad como valor central de la educación y el desarrollo de comportamientos, al paradigma posmoderno, del cual partiría la apuesta por la educación en valores. Este nuevo paradigma defiende una racionalidad substantiva, que prima la experiencia por encima del discurso racional, la cooperación por encima de la competitividad, el proceso frente al resultado o la persona frente al conocimiento académico.

Para conseguir personas, organizaciones y sociedades saludables, la ética de la justicia y de la razón habrían de ser superadas por la ética del cuidado, en ámbitos, como el educativo, donde se inicia a las personas en el auto-cuidado y el de su entorno desde la vivencia y la empatía.

Es precisamente en entornos de vulnerabilidad socio-económica, donde el centro educativo es un importante acicate para romper el círculo de la exclusión, magnificando así su misión como agente de cambio social al presentar a su alumnado otras realidades posibles. El acceso a la educación y la cultura, así como a un entorno saludable se convierte en un ejercicio de ciudadanía plena.

La idea de que la educación es democratizadora, en tanto en cuanto no puede circunscribirse sólo a la enseñanza académica, cobra mucha fuerza en entornos de exclusión social y así lo reconocen las personas consultadas. Es precisamente ese ‘dentro-fuera’ utópico-distópico, ese intercambio con lo deseable lo que hace que el centro educativo pueda contaminar positivamente a su entorno, para cambiarlo.

Nos parece interesante apuntar, para concluir, que el centro escolar, para ser agente de cambio, no debería ‘educar para la vida’ sino para ‘otra vida’, desprendiéndose en lo posible de su rol tradicional de agente socializador –agente de control social- para estimular en su alumnado procesos de empoderamiento y conciencia crítica.

7. BIBLIOGRAFÍA

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). Boletín Oficial del Estado, nº 295, 2013, 10 de diciembre.

Pandora Mirabilia. (2011). *La coeducación en la Escuela del siglo XXI*. Ediciones de La Catarata. Madrid,

Santos, M. A. (2010) *Una pretensión problemática: educar para los valores y preparar para la vida*. Revista de Educación, 351, pp. 23-47.

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Salvador, T., Suelves, J. M., Puigdollers, E. y Martínez I. M. (2008). *Diagnóstico de situaciones sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gavidia, V. (2007, febrero). *La formación en Promoción y Educación para la Salud de los profesionales de la educación*. En **J. J. Gutiérrez** (Presidencia), *Panorámica actual de la formación en promoción y educación para la salud*.

González de Haro, M. D. (2008). *La educación para la salud: “asignatura pendiente” para la escuela*. XXI, Revista de Educación, 10, 123-136.

Talavera, M. y Gavidia, V. (2007). *Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela*. Opiniones del profesorado. Didácticas Experimentales y Sociales, 21, 119-128.

González de Haro, M. D. y Romero, A. (2007). *La educación para la salud en la escuela: investigando las dificultades desde el enfoque etnográfico*. Investigación en la escuela, 61, 98-110.

Moreno Casteñeda, Manuel. (2004). *Valores transversales en el currículum*. Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE-La Tarea. Universidad de Guadalajara.

Padilla, A. J. (2002). *Algunos indicadores de calidad en la educación para la salud en la escuela*. Escuela Abierta, 5, 317-327.

Gavidia, V. (2001). *La transversalidad y la escuela promotora de salud*. Revista Española Salud Pública, 75(6), 505-516.

Gavidia, V. (1998). *Salud, educación y calidad de vida: de cómo las concepciones del profesorado inciden en la Salud*. Bogotá, Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.

ANEXO

1. TABLAS DE RESULTADO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

Notas:

- Los 3 casos de Badajoz se sumaron a los de Cáceres, por ser un tamaño demasiado reducido que comprometía el anonimato.
- Madrid se separó en Madrid ciudad y Madrid otros (Fuenlabrada, Alcalá de Henares, El Álamo y Parla).

Tabla 8: Localidades donde se han realizado entrevistas.

	ANDALUCÍA	EXTREMADURA	MADRID	MURCIA	CASTILLA Y LEÓN	TOTAL
Alcalá de Henares	0	0	12	0	0	12
Alcobendas	0	0	1	0	0	1
Alcuéscar	0	14	0	0	0	14
Almería	48	0	0	0	0	48
Arroyo de la Luz	0	8	0	0	0	8
Arroyo de San Serván	0	3	0	0	0	3
Benavente	0	0	0	0	10	10
Cáceres	0	30	0	0	0	30
Cádiz	15	0	0	0	0	15
Casar de Cáceres	0	10	0	0	0	10
El Álamo	0	0	4	0	0	4
Espinardo	0	0	0	7	0	7
Fuenlabrada	0	0	64	0	0	64
Garrovillas	0	8	0	0	0	8
Granada	10	0	0	0	0	10
Loja	3	0	0	0	0	3
Madrid	0	0	23	0	0	23
Madroñera	0	8	0	0	0	8
Malpartida de Cáceres	0	4	0	0	0	4
Molina de Segura	0	0	0	8	0	8
Murcia	0	0	0	7	0	7
Palencia	0	0	0	0	21	21
Parla	0	0	2	0	0	2
Puente Tocinos	0	0	0	9	0	9
Santomera	0	0	0	8	0	8
Sevilla	43	0	0	0	0	43
Sorbas	1	0	0	0	0	1
Toro	0	0	0	0	7	7
Valladolid	0	0	0	0	46	46
villamuriel de cerrato	0	0	0	0	11	11
Zamora	0	0	0	0	10	10
Zarza de Granadilla	0	3	0	0	0	3
TOTAL	120	88	106	39	105	458

Tabla 9: Distribución de personas encuestadas urbano/rural por provincia y CC. AA.

CC. AA.	Provincia	Urbano	Rural	Total (N)
Andalucía	Almería	98%	2%	49
	Cádiz	100%	-	15
	Granada	77%	23%	13
	Sevilla	100%	-	43
	Total	97,5%	2,5%	120
Extremadura	Cáceres-Badajoz	34%	66%	88
Madrid	Madrid ciudad	100%	-	23
	Madrid-otros	-	100%	83
	Total	22%	78%	106
Murcia	Murcia	18%	82%	39
Castilla y León	Palencia	66%	34%	32
	Valladolid	100%	-	46
	Zamora	37%	63%	27
	Total	72,5%	27,5%	105
TOTAL		55%	45%	458

Tabla 10: Distribución de sexos de personas encuestadas por provincia y CC. AA.

CC. AA.	Provincia	Mujer	Hombre	Total (N)
Andalucía	Almería	65%	35%	49
	Cádiz	87%	13%	15
	Granada	54%	46%	13
	Sevilla	67%	33%	42
	Total	67,5%	32.5%	119
Extremadura	Cáceres-Badajoz	75%	25%	84
Madrid	Madrid ciudad	83%	17%	23
	Madrid-otros	68%	32%	81
	Total	72%	28%	103
Murcia	Murcia	68%	32%	38
Castilla y León	Palencia	61%	39%	31
	Valladolid	70%	30%	46
	Zamora	67%	33%	27
	Total	68%	32%	101
TOTAL		70%	30%	449



Tabla 11: Distribución de puestos de personas encuestadas por provincia y CC. AA.

CC. AA.	Provincia	Dirección	Orientación	Profesorado	Total (N)
Andalucía	Almería	9%	15%	76%	46
	Cádiz	21%	29%	50%	14
	Granada	25%	25%	50%	12
	Sevilla	13%	18%	68%	38
	Total	13%	18,5%	68,5%	110
Extremadura	Cáceres-Badajoz	7%	28%	65%	82
Madrid	Madrid ciudad	-	26%	74%	23
	Madrid-otros	7%	19%	74%	81
	Total	6%	20%	74%	103
Murcia	Murcia	19%	11%	69%	36
Castilla y León	Palencia	9%	19v	72%	32
	Valladolid	11%	15%	74%	46
	Zamora	16%	20%	64%	25
	Total	12%	18%	70%	103
TOTAL		11%	20%	69%	435

Figura 14: Distribución de edades de personas encuestadas por provincia.

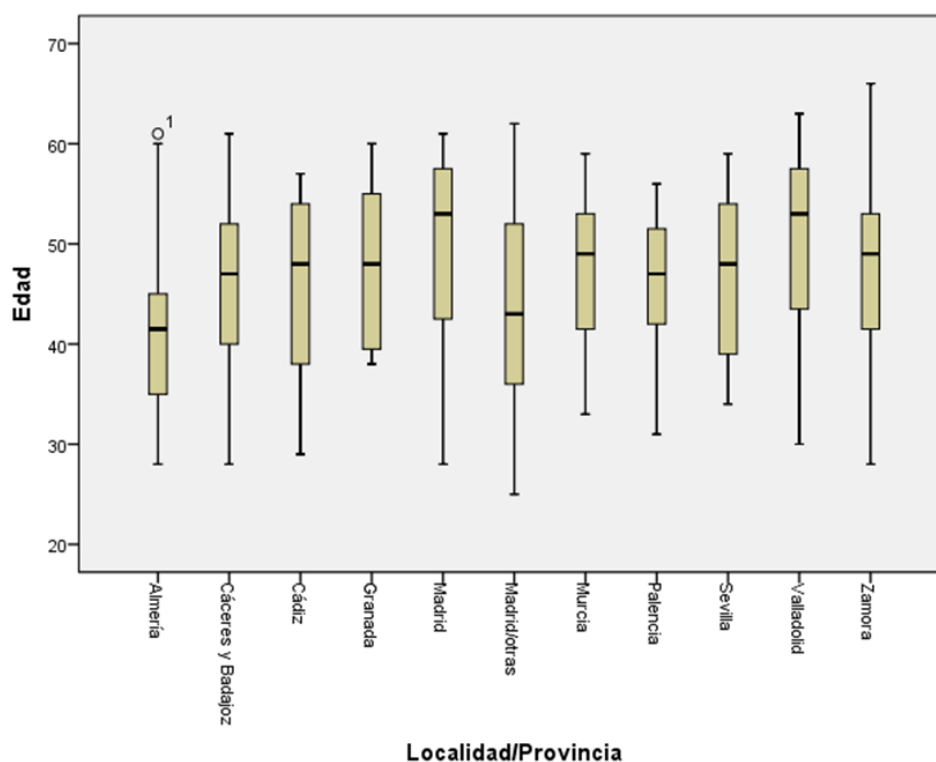


Figura 15: Salud percibida del alumnado según personas encuestadas por provincia y CC. AA.

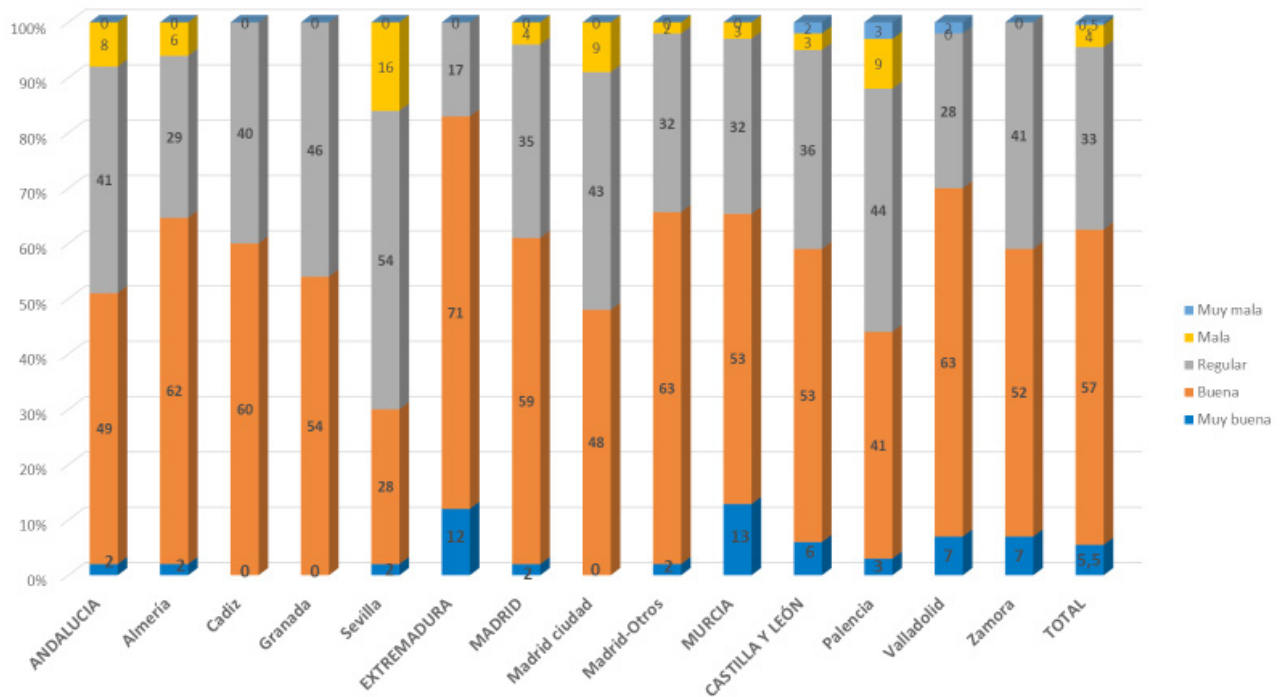


Tabla 12: Concepción de salud de personas encuestadas por provincia y CC. AA. (Pregunta 1).

CC. AA.	Provincia	Salud más biologicista*	Salud como autopotencial personal y respuesta positiva al ambiente**	Salud como bienestar físico, mental y social***
Andalucía	Almería	49%	31%	78%
	Cádiz	53%	27%	73%
	Granada	27%	36%	82%
	Sevilla	44%	22%	71%
	Total	46%	28%	75%
Extremadura	Cáceres-Badajoz	46%	32,5%	74%
Madrid	Madrid ciudad	17%	30%	87%
	Madrid-otros	50%	32%	72%
	Total	43%	31%	75%
Murcia	Murcia	38,5%	28%	82%
Castilla y León	Palencia	28%	28%	72%
	Valladolid	33%	33%	79%
	Zamora	37%	44%	70%
	Total	32%		74%
TOTAL		41%	31%	75%

* Priorización (5-4) de la respuesta 1 en la pregunta 1.

** Priorización (5-4) de la respuesta 2 en la pregunta 1.

*** Priorización (5- de la respuesta 4 en la pregunta 1.



Tabla 13: Frecuencia de consultas de salud recibidas por el alumnado, por provincia y CC. AA.

CC. AA.	Provincia	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Andalucía	Almería	6%	50%	38%	6%
	Cádiz	27%	33%	33%	7%
	Granada	-	73%	27%	-
	Sevilla	12%	46%	29%	12%
	Total	10%	49%	33%	8%
Extremadura	Cáceres-Badajoz	9%	33%	48%	10%
Madrid	Madrid ciudad	26%	39%	26%	9%
	Madrid-otros	9%	42%	37%	12%
	Total	12,5%	41%	35%	11,5%
Murcia	Murcia	8%	38%	44%	10%
Castilla y León	Palencia	6%	62%	28%	3%
	Valladolid	5%	37%	46%	12%
	Zamora	7%	41%	41%	11%
	Total	6%	46%	38%	10%
TOTAL		9%	42%	38%	10%

Tabla 14: Acuerdo con la idea de personal docente como agente de salud, por provincia y CC. AA.

CC. AA.	Provincia	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo
Andalucía	Almería	12%	54%	23%	10%
	Cádiz	20%	40%	33%	7%
	Granada	46%	36%	18%	-
	Sevilla	23%	44%	26%	7%
	Total	20%	47%	25%	8%
Extremadura	Cáceres-Badajoz	23%	43%	23%	11%
Madrid	Madrid ciudad	48%	26%	22%	4%
	Madrid-otros	22%	49%	19%	10%
	Total	28%	44%	19%	9%
Murcia	Murcia	18%	59%	15%	8%
Castilla y León	Palencia	37,5%	44%	12,5%	6%
	Valladolid	14%	44%	35%	7%
	Zamora	26%	56%	18%	-
	Total	24%	47%	24%	5%
TOTAL		23%	47%	22%	8%

Tabla 15: Fuentes de formación en salud de las personas entrevistadas, por provincia y CC. AA.

CC. AA.	Provincia	Formación continua	Otra formación	Autoformación
Andalucía	Almería	86	67	49
	Cádiz	87	93	67
	Granada	91	91	73
	Sevilla	84	84	46,5
	Total	86	79	52,5
Extremadura	Cáceres-Badajoz	79	73	59
Madrid	Madrid ciudad	78	70	65
	Madrid-otros	67	71	61
	Total	69,5	70,5	62
Murcia	Murcia	61,5	64	56
Castilla y León	Palencia	69	84	50
	Valladolid	77	79	56
	Zamora	93	70	56
	Total	78	78	54
TOTAL		77	74	57

Figura 16: Personas entrevistadas que abordan la salud de manera curricular, distribución por provincia y CC. AA.

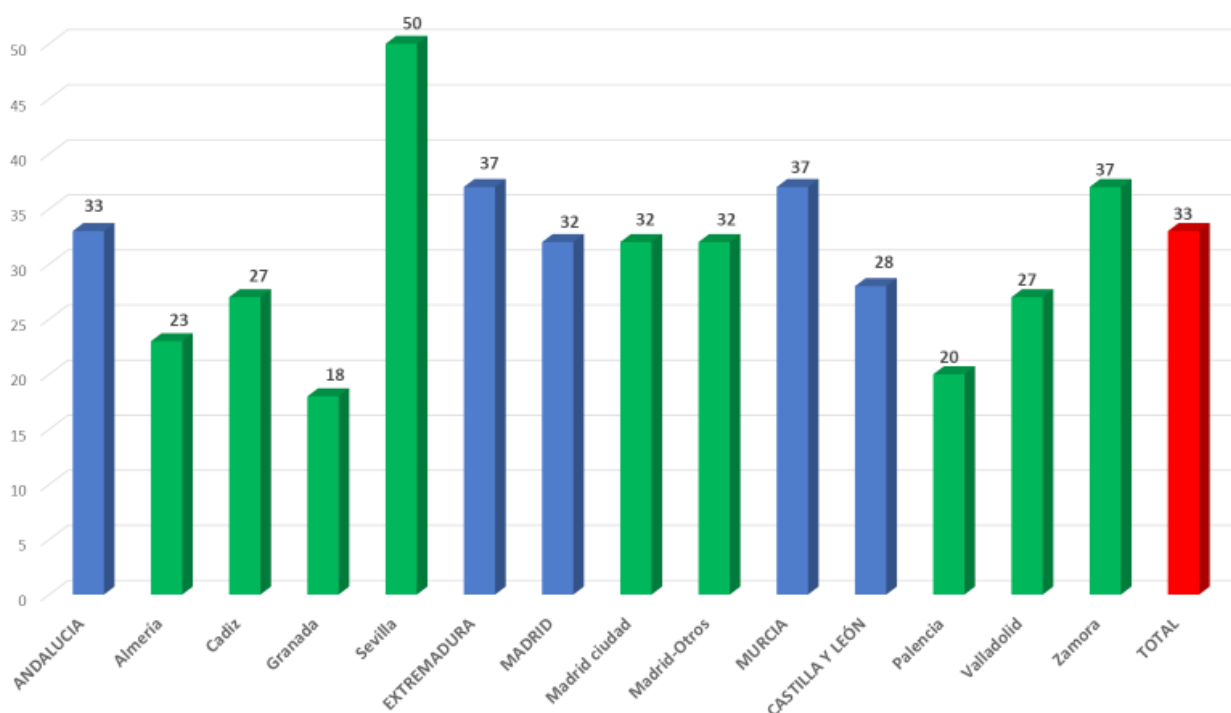




Figura 17: Personas entrevistadas que abordan la salud de manera extracurricular, distribución por provincia y CC. AA.

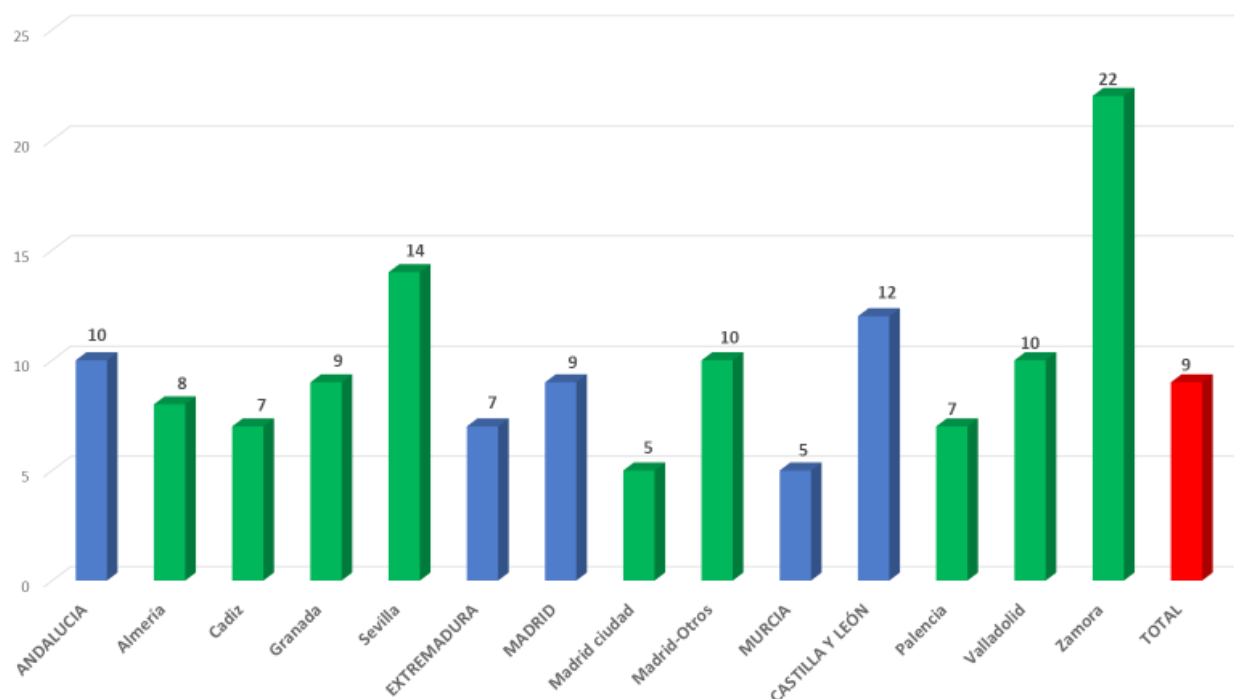


Figura 18: Personas entrevistadas que abordan la salud mediante tutorías, distribución por provincia y CC. AA.

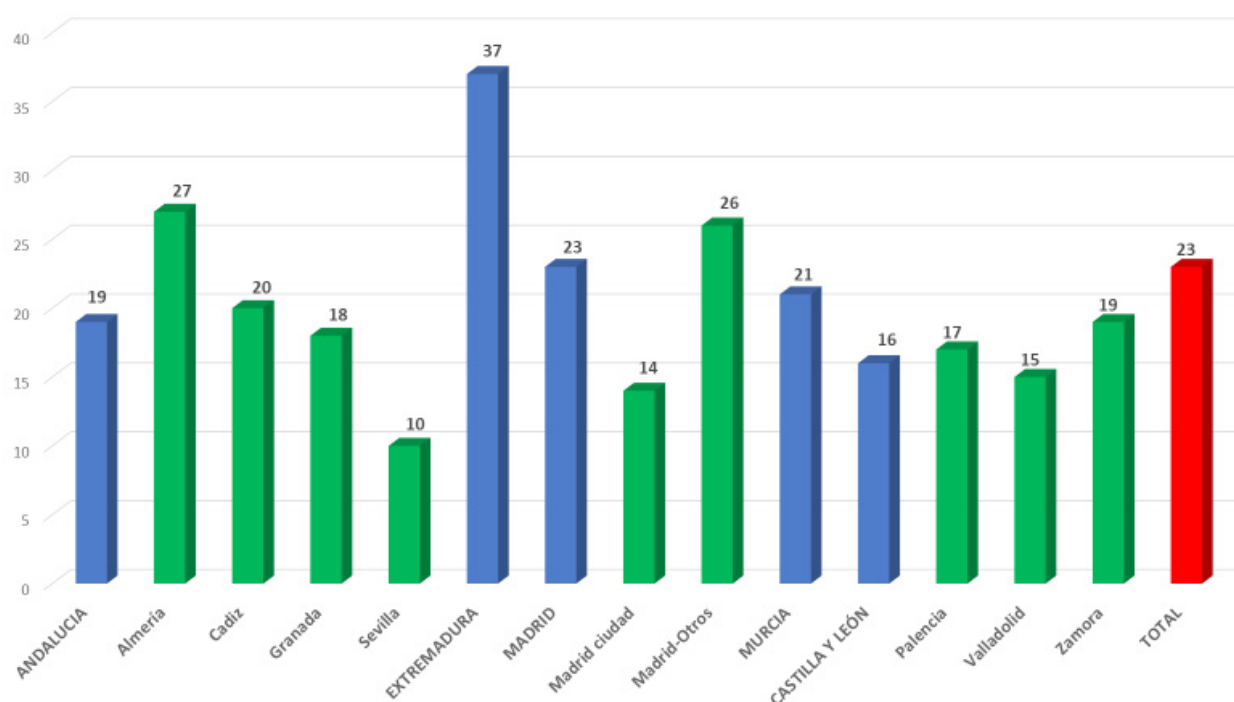


Figura 19: Personas entrevistadas que abordan la salud mediante talleres especializados, distribución por provincia y CC. AA.

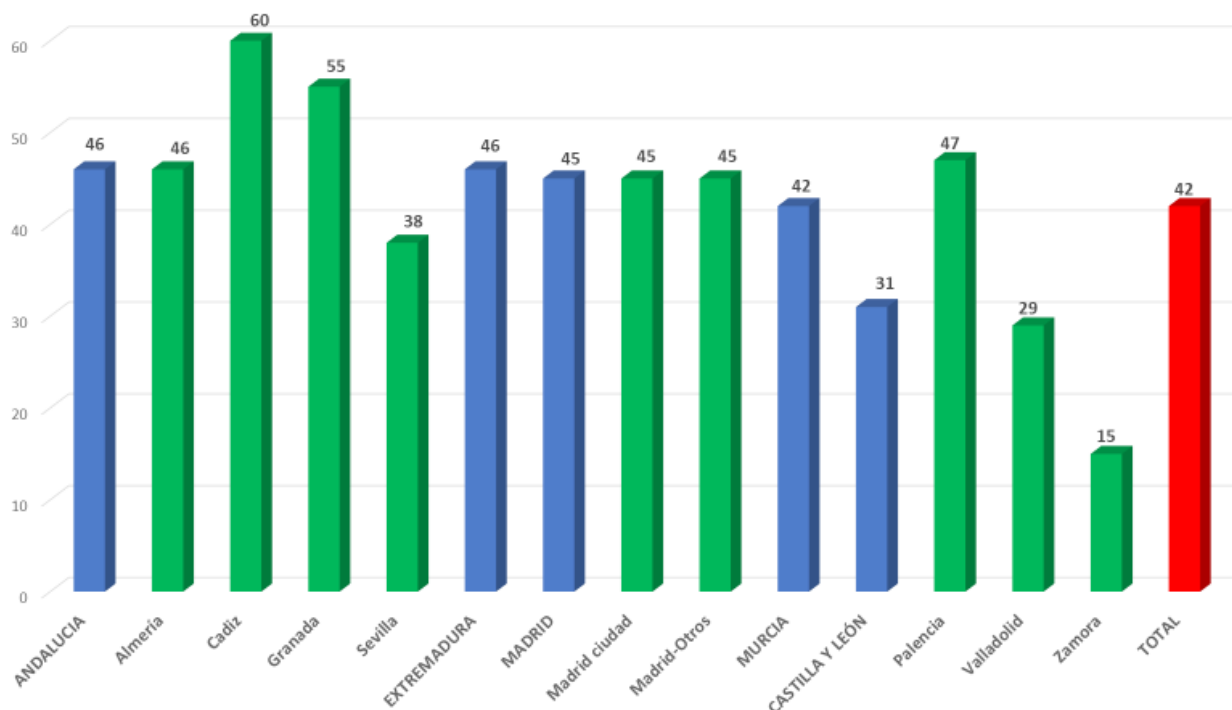


Figura 20: Personas entrevistadas que afirman no realizar ningún tipo de abordaje en salud, distribución por provincia y CCAA.

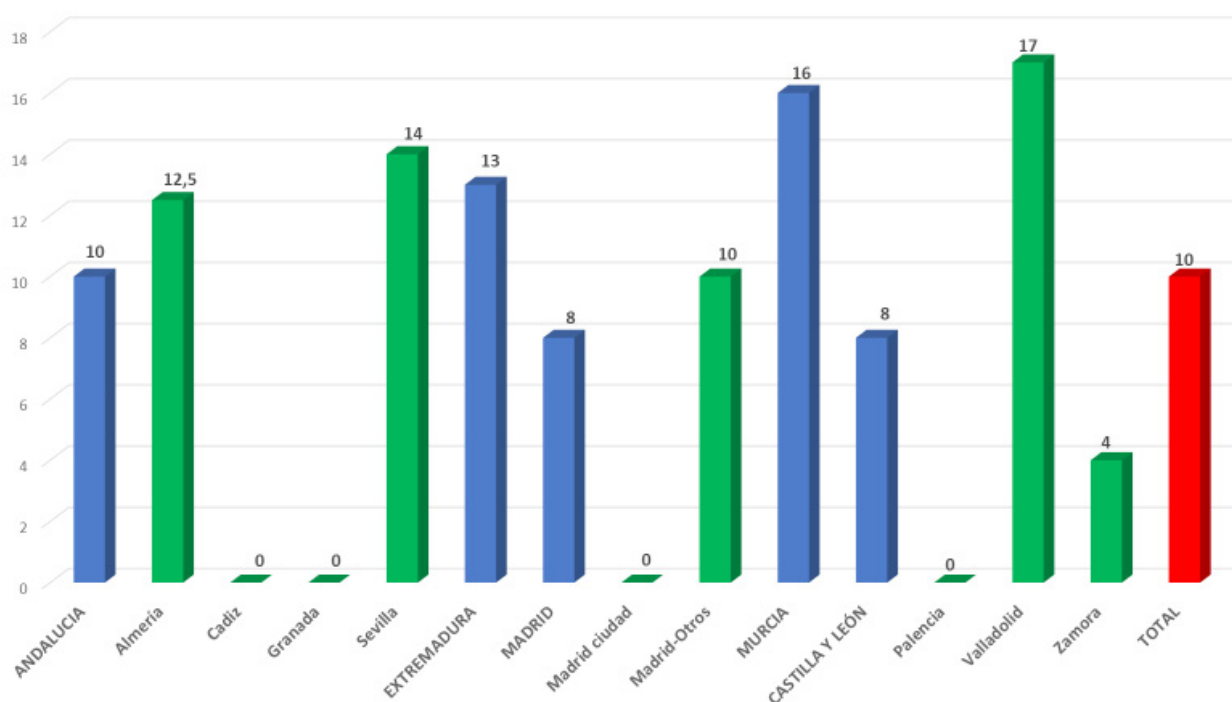


Figura 21: Evaluación de las acciones de Educación para la salud, por provincia y CC. AA.

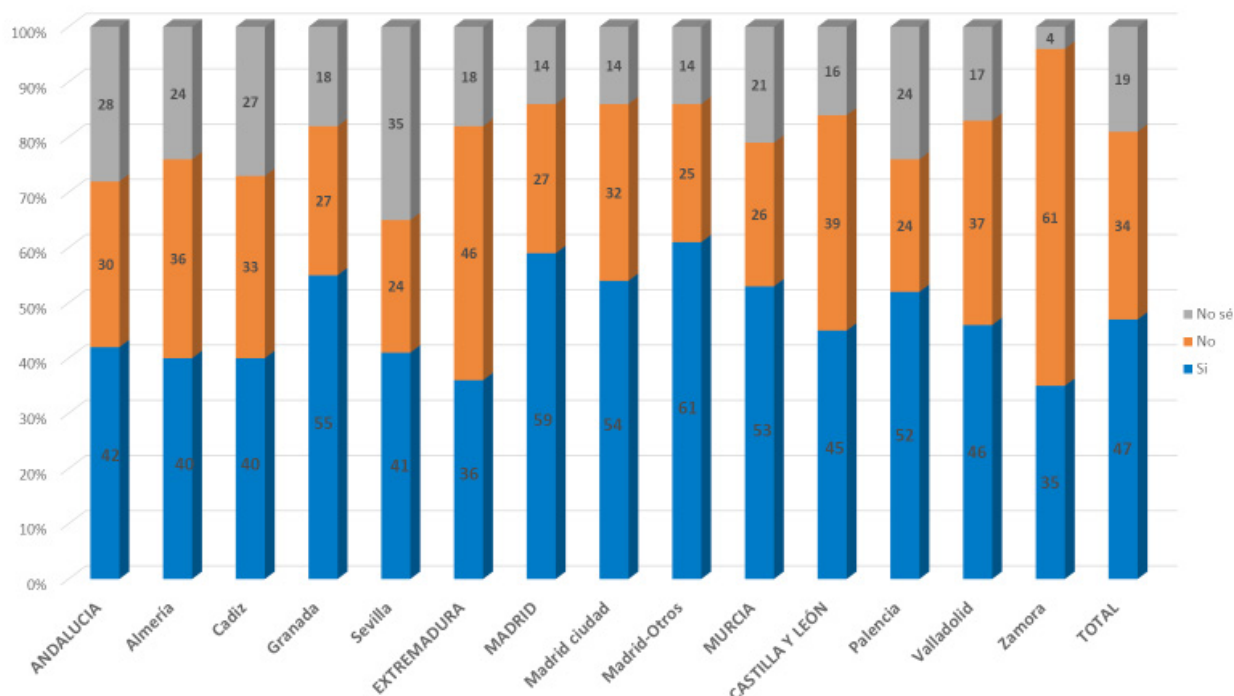


Figura 22: ¿El centro forma parte de la red de Escuelas Promotoras de la Salud?
Respuestas por CC. AA. y provincia.

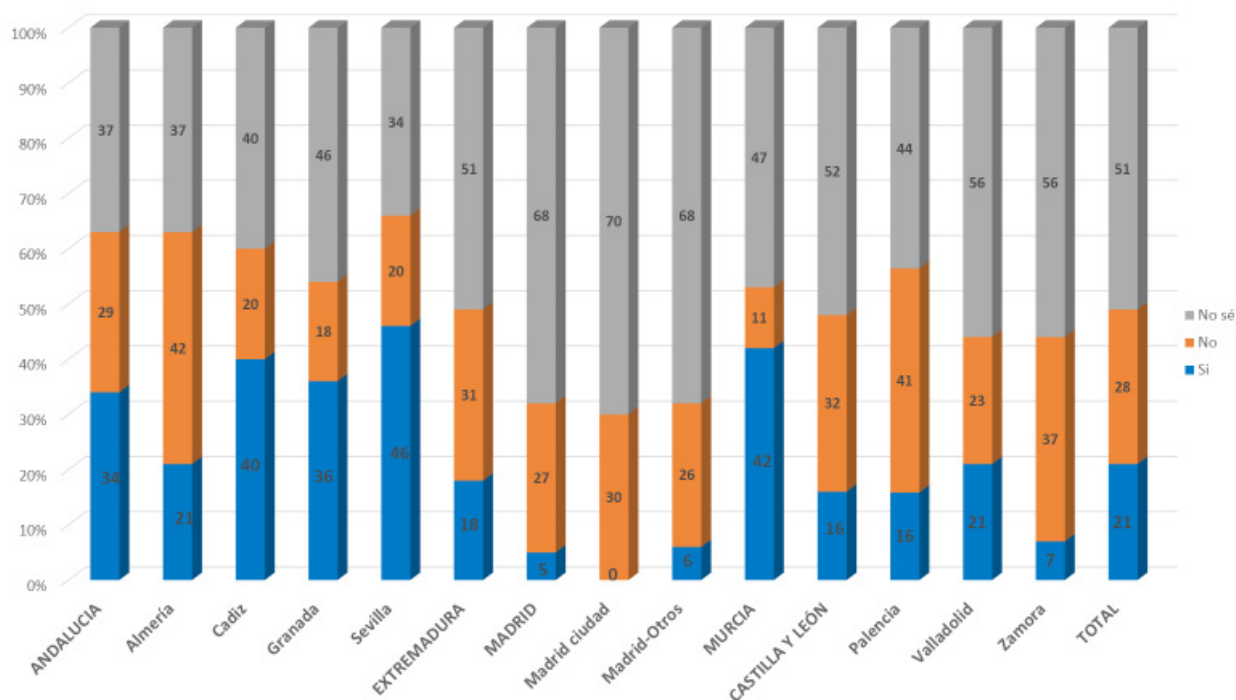


Figura 23: ¿La Educación para la Salud está integrada en el proyecto curricular de centro?
 Respuestas por CCAA y provincia.

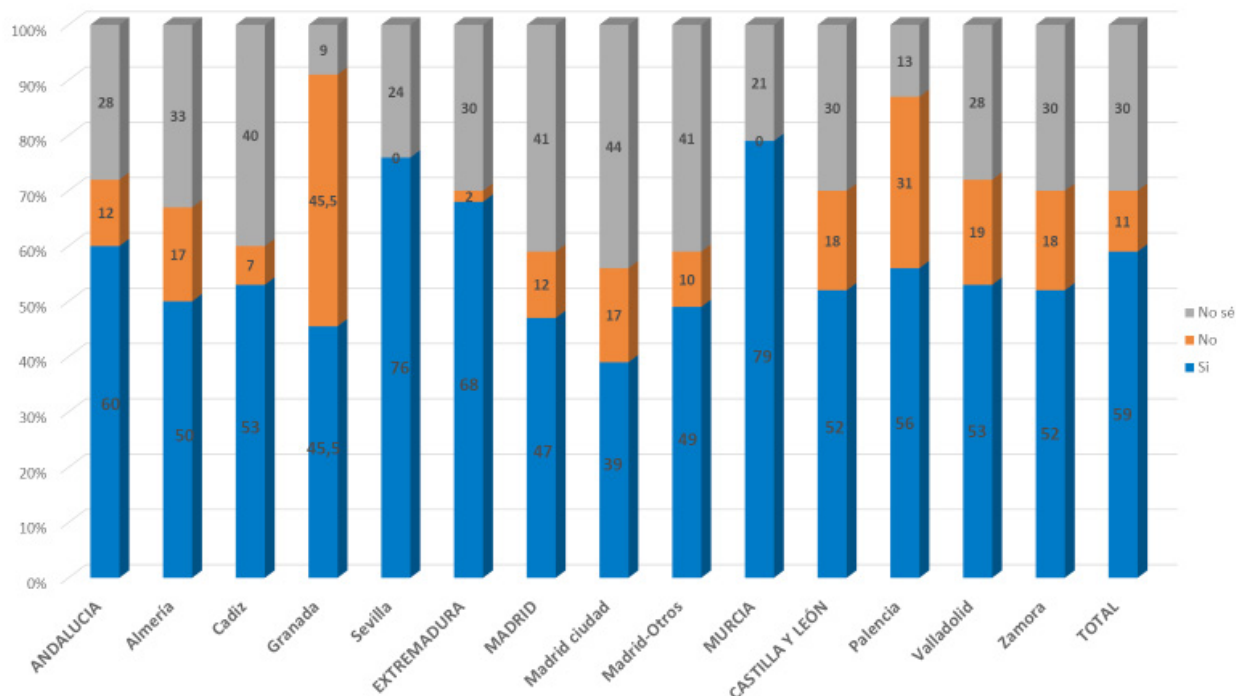


Figura 24: Colaboración entre el centro y las Asociaciones
 de madres y padres, por CC. AA. y provincia.

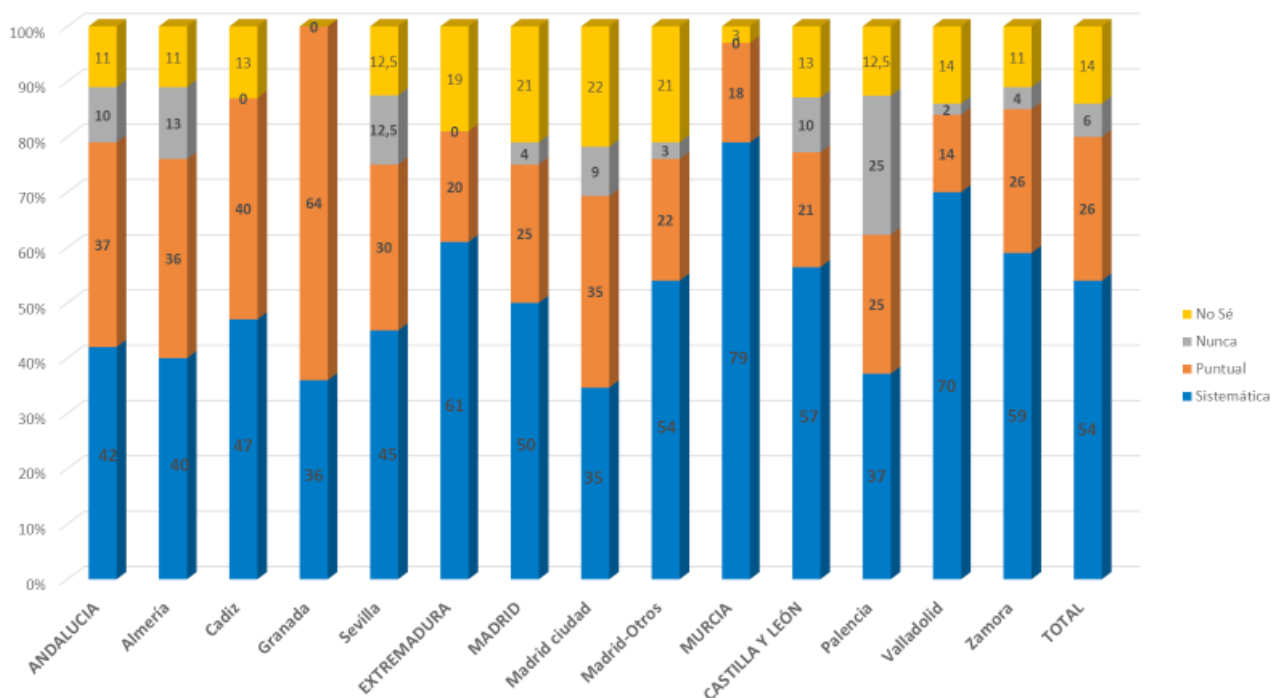


Figura 25: Colaboración entre el centro y los servicios sanitarios, por CC. AA. y provincia.

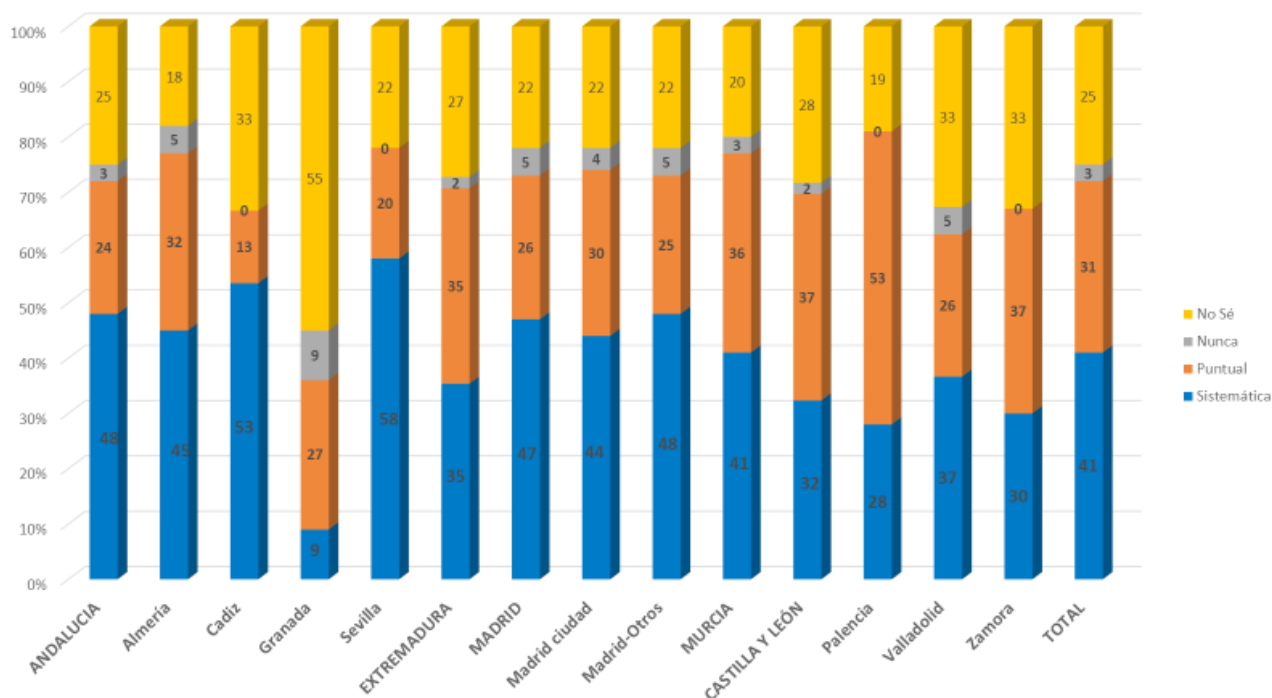
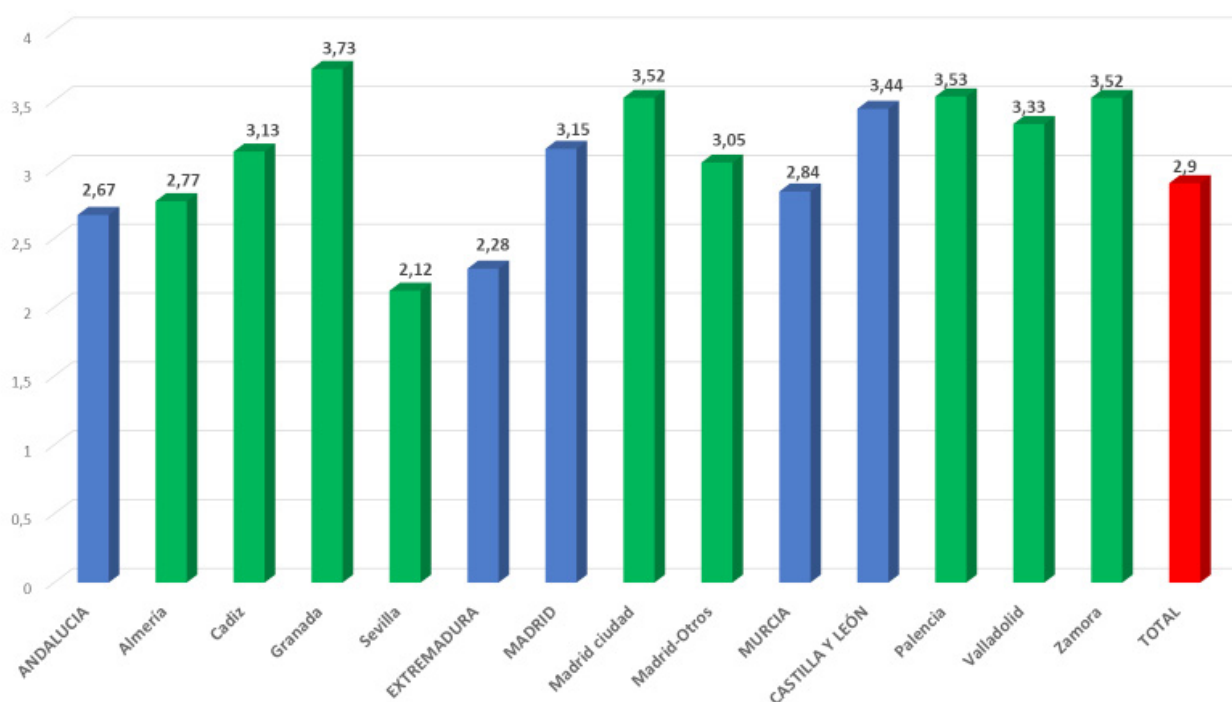


Figura 26: Valoración (1-4) de la necesidad de investigaciones como esta, por CC. AA. y provincia.



2. MODELO DE CUESTIONARIO

DATOS DE CLASIFICACIÓN

Localidad: _____ Provincia: _____

Nombre del centro educativo: _____

Edad: _____ Sexo: Mujer ☐ Hombre ☐ Otro ☐

Puesto:

☐ Jefa/e de Estudios ☐ Orientador/a ☐ Profesorado ☐ Otros _____

En caso de ser tutor/a, curso que tutorizas:

☐ 1er ciclo ESO ☐ 2º ciclo de ESO ☐ Bachillerato ☐ FP ☐

Otros _____

Asignatura/s: _____

1. Por favor, ordena del 1 al 5 las siguientes definiciones existentes de salud según tu grado de acuerdo con ellas. Otorga una puntuación diferente para cada una SIN REPETIR puntuación, siendo el 5 el máximo nivel de acuerdo.

	Puntuación
1. Estado en el que un ser vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones	
2. La capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente.	
3. Aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa	
4. El estado de completo bienestar físico, mental y social	
5. El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio	



2. En términos generales, dirías que la salud de tu alumnado es:

- 1. Muy buena ☐
- 2. Buena ☐
- 3. Regular ☐
- 4. Mala ☐
- 5. Muy mala ☐
- 6. No sé ☐

¿Qué has observado
para valorarla así?

Escribe aquí tu respuesta

3. ¿Has detectado entre tu alumnado casos de...? (marca una cruz en las casillas correspondiente).

CASOS	CHICAS			CHICOS		
	Sí	No	No sé	Sí	No	No sé
1. Déficit/Trastornos alimentarios						
2. Lesiones frecuentes						
3. Consumo frecuente de tabaco						
4. Consumo frecuente de alcohol						
5. Consumo de otras sustancias/drogas						
6. Vigorexia						
7. Infecciones de transmisión sexual						
8. Embarazo no deseado						
9. Acoso						
10. Discriminación de género						
11. Discriminación relacionada con la diversidad sexual						
12. Violencia de género						
13. Síntomas de ánimo deprimido						
14. Adicción a las TIC's (redes sociales, etc)						

4. Sobre estas cuestiones u otras relacionadas con su salud, tu alumnado te ha consultado...

- 1. Frecuentemente ☐
- 2. Algunas veces ☐
- 3. Rara vez ☐
- 4. Nunca ☐

¿Sobre qué?

Escribe aquí tu respuesta

5. Marca tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases acerca de la influencia del ámbito educativo en la salud del alumnado.

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo
1. Apenas influye, la actitud personal del alumno/a es lo que cuenta.				
2. El contexto familiar y social de nuestro alumnado tiene mucho más peso, el docente poco puede hacer.				
3. El personal docente debería ser un agente de salud.				
4. El centro debe dar respuesta a los problemas puntuales de salud que se den, pero su competencia es limitada.				
5. La educación para la vida es igual o más importante que la académica y debería ser parte de la labor de un centro educativo.				
6. Hay temas como la igualdad de género o la diversidad sexual que pueden considerarse ideología y no creo que tengan que abordarse en la escuela pública.				
7. La acción educativa de un/a docente, aunque sea aislada, influye.				

6. Respecto a la formación en Educación para la Salud (EpS), ¿Tienes o has recibido formación en relación a los siguientes temas...? (puedes marcar varias opciones en cada tema).

(Educación para la Salud es el conjunto de oportunidades de aprendizaje que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar el conocimiento sobre la salud y promover el desarrollo de habilidades para la vida que pueden conducir tanto a la salud individual como colectiva).

7. Durante este curso, ¿has abordado en tus clases algún tema relacionado con educación para la salud (EPS) o tienes previsto hacerlo? (puedes señalar varias opciones).

- | | |
|--|---|
| 1. Sí, yo misma/o, lo integro en el contenido curricular | ☐ ¿Sobre qué? _____ |
| 2. Sí, yo misma/o, de forma extracurricular | ☐ ¿Sobre qué? _____ |
| 3. Sí, yo misma/o, durante la tutoría | ☐ ¿Sobre qué? _____ |
| 4. Sí, acudieron expertas/os a dar taller/es | ☐ ¿Sobre qué? _____ |
| | ¿Te quedaste en la clase? ☐ Sí ☐ No |
| 5. No | ☐ |
| 6. Aún no lo sé | ☐ |



8. En caso de haber implementado acciones de EpS. ¿Fueron evaluadas?:

1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No sé ☐

¡Ya estás terminando!

	No. Es irrelevante para mi práctica educativa	Aún no, aunque no lo descarto	Sí soy autodidacta	Sí, a través de formación continua	Sí a través de otra formación	No recuerdo
1. Medio Ambiente						
2. Perspectiva de género e igualdad						
3. Sexualidad, relaciones afectivo sexuales y diversidad sexual						
4. Violencia de género						
5. Nutrición y hábitos saludables						
6. Resolución pacífica de conflictos						
7. Tabaco, alcohol y otras drogas						
8. Salud sexual y reproductiva/VIH						
9. Salud mental						
10. Inteligencia emocional						
11. Redes sociales y TIC's						
12. Otras: _____						

9. Respecto a tu centro escolar, marca por favor la opción que corresponda:

	Si	No	No sé
1. La EpS está integrada en el proyecto curricular del centro (PCC)			
2. El centro dispone de huerto ecológico, contenedores de reciclaje, energías renovables...			
3. En la PGA se incorporan proyectos de convivencia			
4. El centro forma parte de la red de Escuelas promotoras de Salud			
5. El centro dispone de protocolo de acoso/Violencia de Género			
6. El centro dispone de Plan de Igualdad			
7. El centro organiza actividades en fechas señaladas (día de la salud, de la infancia, contra la violencia de género...)			
8. El centro tiene acceso a una red virtual/base documental de materiales de EpS			
9. La cafetería/máquinas expendedoras promueven el consumo de productos saludables			
10. Existe algún recurso de coordinación a nivel provincial/autonómico			
11. El centro promueve la formación continua del profesorado			
12. Las iniciativas sobre EpS parten del equipo directivo			

10. Respecto a los espacios de participación y relación, señala en qué grado se dan los siguientes escenarios:

	Sistemáticamente	Puntualmente	Nunca	No sé
1. El alumnado puede hacer aportaciones al currículo				
2. El alumnado participa en las normas del centro y/o en la resolución de conflictos				
3. El profesorado puede hacer aportaciones al currículo				
4. El profesorado participa de las decisiones del centro y sus normas				
5. El centro y el AMPA colaboran				
6. Se trabaja en red con otros centros				
7. El centro se coordina con los servicios de salud locales				

11. ¿Cuál crees que sería la definición más adecuada para el término currículum oculto?

- 1. Son los aprendizajes que el/la docente enseña a su alumnado y que no están directamente asociados a su asignatura/materia ☐
- 2. Es el conjunto de normas, costumbres, creencias, lenguajes y símbolos que se manifiestan en la estructura y el funcionamiento de una institución ☐
- 3. Son los contenidos didácticos que no se contemplan en el currículo y escapan a la planificación curricular(PCC) ☐
- 4. Ninguna ☐

12. En una escala del 1 al 4, ¿En qué grado crees que es necesario llevar a cabo iniciativas como esta investigación? (Siendo 1 la ausencia de necesidad y 4 el mayor grado de necesidad).

1. Muy necesario ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. Nada necesario ☐

13. Por último, ¿hay algo que quieras añadir? Tus aportaciones son muy valiosas.

¡Ya está! Muchas gracias por responder.



➤ BUENAS PRÁCTICAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Aportaciones de los centros educativos participantes en la investigación
“La Educación para la Salud en el ámbito educativo con jóvenes en situación vulnerable: dificultades, metodologías y buenas prácticas”

A continuación se exponen de forma sistematizada las propuestas, herramientas y experiencias de éxito recogidas, tanto a lo largo del proceso de investigación, como en las jornadas de presentación de los resultados de la misma, durante las cuales diversos centros educativos fueron invitados a compartir su labor en relación a la Educación para la Salud.

LÍNEA 1: SALUD EMOCIONAL

Práctica	Salud y emociones en el aula. IESO BARRUECOS, Malpartida de Plasencia, Cáceres.
Objetivos	▪ Ayudar al alumnado en la búsqueda de su propio equilibrio emocional y vida saludable. ▪ Desarrollar prácticas para el control del estrés y frustraciones propias de la adolescencia. ▪ Ayudar en la toma de decisiones correctas. ▪ Dotar al alumnado de técnicas que le puedan ayudar a mejorar su autoestima y confianza. ▪ Aumentar la creatividad para generar ideas que permitan ser mejor ▪ Mejorar el estado general de salud y aprovechar las capacidades del cuerpo para curarse más rápido de enfermedades. ▪ Aprender a romper el hábito de juzgar y reaccionar de forma impulsiva, interiorizar el valor que aporta estar sentados y callados para incrementar la estabilidad emocional y prevenir situaciones de violencia tanto dentro como fuera del aula. ▪ Fortalecer la relación alumnado-docente. ▪ Cortar instantáneamente con malos hábitos y conductas que hacen seguir dietas o programas de ejercicios imposibles. ▪ Desarrollar la capacidad de empatía para mejorar las relaciones personales con el alumnado, familia y docentes.
Para quién	Alumnado de 1º de la ESO, que llega por primera vez al Instituto.
Desarrollo	Durante las horas de tutorías se trabaja con diferentes metodologías, relajación, concentración, conocimiento de las emociones y desarrollo de habilidades sociales. Las sesiones se realizan 2 veces al mes. En cada sesión se comienza con 10 minutos de relajación y concentración, posteriormente se pasa al desarrollo de las sesiones de emociones y habilidades sociales. Recursos: ▪ Vídeos explicativos de las diferentes prácticas de relajación, concentración, mindfulness, y de las diferentes habilidades sociales que vamos trabajando. ▪ Juegos de escenificación en diferentes situaciones que se pueden dar en nuestra vida diaria. ▪ Explicaciones en el aula sobre cómo realizar las diferentes prácticas. ▪ Dibujos o frases.
Recursos	http://orientacion.iesarzobispolozano.es/aprender_a_estudiar/accesible/accesible10.html

Práctica	La importancia de las emociones. IES Punta del Verde, Sevilla.
Objetivos	▪ Crear en el alumnado conciencia de la importancia de las emociones dentro del desarrollo personal. ▪ Cambiar comportamientos nocivos por saludables, desarrollar la empatía como medio para el cambio. ▪ Empoderar al alumnado.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	El alumnado se convierte en protagonista de sus actos y reflexiona sobre las acciones que realiza, especialmente en momento de conflictos con el personal docente. En situaciones de conflicto se crea un debate en clase donde el docente plantea cómo se ha sentido el alumnado en ese determinado contexto.
Recursos	http://coeducacion.iespuntadelverde.es/

Práctica	Mindfulness. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Favorecer la educación emocional. ▪ Rebajar los niveles de ansiedad y stress.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	Por medio de talleres específicos se les inicia en la meditación para una educación emocional .
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/



LINEA 2: HÁBITOS SALUDABLES

Práctica	Proyecto educativo “Engánchate a la vida”. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Desarrollar de forma integral los hábitos saludables en el alumnado.
Para quién	Toda la comunidad educativa, AMPA y agentes externos (residencia mayores, vecindad).
Desarrollo	El I.E.S postula al concurso organizado por la Consejería de Educación y la Fundación Caser, en el que se fomenta e impulsa acciones de promoción de la salud. Para participar en este concurso se realizan determinadas actividades en el centro.
Recursos	http://actividesmarismas.blogspot.com/

Práctica	Proyecto educativo “Engánchate a la vida”. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Fomentar la responsabilidad del alumnado en su alimentación. ▪ Favorecer la participación e implicación en la vida del centro.
Para quién	Alumnado y familias.
Desarrollo	El alumnado se reúne con sus docentes en las tutorías para diseñar un menú semanal saludable, aprovechando el conocimiento que ha adquirido sobre alimentación.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/

Práctica	Recetario saludable. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Fomentar el conocimiento y la práctica de cocina saludable. ▪ Difundir alternativas saludables de alimentación entre el alumnado.
Para quién	Alumnado
Desarrollo	El alumnado del aula específica crea un recetario saludable que dará a conocer al resto de compañeras y compañeros.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/2018/03/una-receta-saludable-forma-joven.html http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/programas/forma-joven

Práctica	Desayunos saludables. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Desarrollar en el alumnado hábitos saludables de alimentación, promoviendo el consumo diario de fruta.
Para quién	Comunidad educativa.
Desarrollo	Durante el recreo el alumnado tiene a su disposición diversos tipos de fruta, donadas por empresas hortofrutícolas de la zona.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/

Práctica	Educación Física y más. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Ofrecer diversidad en la práctica deportiva. ▪ Desarrollar actividades inclusivas.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	Durante la clase se generan debates, se proponen gymcanas temáticas, ligullas de fútbol y baloncesto y sesiones de zumba.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/



LÍNEA 3: VIVENCIA, CONVIVENCIA Y PARTICIPACIÓN

Práctica	Talentos. IES Dolores Ibárruri, Fuenlabrada, Madrid.
Objetivos	▪ Potenciar la participación y el desarrollo de las potencialidades del alumnado para que protagonice sus éxitos. ▪ Generar una relación con el instituto que les haga sentirse mejor, aumentando la motivación en la práctica estudiantil y de ocio saludable. ▪ Fomentar la acogida de nuevo alumnado. ▪ Crear un espacio agradable donde el alumnado quiera pasar tiempo, hacer vida.
Para quién	Toda la comunidad educativa.
Desarrollo	Se trabaja la inclusión partiendo de las aportaciones realizadas por el alumnado, teniendo en cuenta sus situaciones familiares y el entorno social en el que se encuentran. Se potencia especialmente la participación y liderazgo de las alumnas. Se socializan espacios y se invita al alumnado a apropiarse de ellos según sus intereses. Para ello, se crean distintas actividades que desarrollen sus talentos: baile, música, pintura, huerto...
Recursos	http://ies.doloresibarruri.fuenlabrada.educa.madrid.org/ficheros/22_rap_talento.pdf

Práctica	“Campañas 9 meses 9 causas”. IES Las Marismas, Los Palacios Sevilla.
Objetivos	▪ Mejorar la organización y funcionamiento del centro. ▪ Promover la implicación del alumnado en crear un entorno saludable, respetuoso y sostenible. ▪ Crear hábitos saludables.
Para quién	Toda la comunidad educativa.
Desarrollo	A comienzo de curso se presenta un decálogo de normas que se irán aplicando progresivamente durante el curso: ▪ Octubre; Decálogo de normas. ▪ Noviembre; Patio limpio antes y después del recreo. ▪ Diciembre; No usar el móvil en el centro. ▪ Enero; No estar por los pasillos en los cambios de clase-profesor. ▪ Febrero; Desayuno saludable en clase y no voy a la cafetería en los cambios de clase. ▪ Marzo; Sillas encima de la mesa y adecuada distribución de las sillas y mesas en las clases. ▪ Abril; Patio limpio antes y después del recreo. ▪ Mayo; Salir al recreo y al final de la jornada laboral por el pasillo que me corresponda. ▪ Junio; Luces apagadas al final de la jornada escolar.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/

Práctica	Agentes de Salud. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Crear una vía de comunicación entre el alumnado y el centro. ▪ Dotar de un papel activo al alumnado en el cuidado propio y solidario. ▪ Hacer más accesible la información sobre salud al alumnado.
Para quién	Alumnado y tutores/as.
Desarrollo	10 alumnos/as son formados en hábitos de salud por la consejería de sanidad. Se convierten en enlaces entre el alumnado. Informan y se informan sobre las conductas de riesgo de sus compañeras/os, que les transmite inquietudes, compartiéndolas a su vez con las/os tutores/as, de forma confidencial.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/search/label/Orientacion

Práctica	Orquesta In Crescendo. IES Arca Real, CEIP Allúe Morer y CEIP Cristóbal Colón, Valladolid.
Objetivos	▪ Promover la cooperación intraescolar. ▪ Incentivar diferentes habilidades psicosociales a través del trabajo artístico. ▪ Desarrollar la constancia y la perseverancia en el alumnado. ▪ Proporcionar experiencias de éxito que motive a los y las jóvenes. ▪ Fomento de la participación del alumnado.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	Se desarrollan clases de música para aprender a tocar diferentes instrumentos musicales, además de clases de canto para formar una coral de niñas y niños. Además, se organizan conciertos donde participa el alumnado de los tres distintos centros.
Recursos	https://www.oscyl.com/areas/das/in-crescendo/

Práctica	Recreos activos. IES Europa, Murcia.
Objetivos	▪ Hacer partícipe al alumnado en su tiempo de descanso en actividades diferentes.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	En los recreos se hacen ligas deportivas, coreografías, con música y el alumnado de TAFAD animan al resto de alumnado de todo el centro a participar. Este año se va a grabar una coreografía conjunta todo el centro. El día "Europa sobre ruedas" que van con patines y bici, también salen al recreo a realizar circuitos y habilidades sobre ruedas.
Recursos	http://blogieseuropaaguilas.blogspot.com/search/label/PROGRAMAS



Práctica	Convivencia emocional. IES Europa, Murcia.
Objetivos	▪ Comprometer a la comunidad educativa para tener un mejor ambiente emocional.
Para quién	Profesorado y alumnado.
Desarrollo	Durante Semana Santa, se organiza un día de convivencia en el centro, con la posibilidad de pernoctar en él.
Recursos	http://blogieseuropaaguilas.blogspot.com/search/label/CONVIVENCIA

Práctica	Empezando la mañana con música. IES Arca real, Valladolid.
Objetivos	▪ Crear un clima agradable y cooperativo todas las mañanas. ▪ Fomentar la interacción y mejorar las relaciones entre alumnado de distintas clases y cursos.
Para quién	Alumnado, profesorado, dirección y personal del centro escolar.
Desarrollo	Durante cinco minutos antes de comenzar las clases se pone música acorde con los gustos del alumnado, elegida cada día por una clase-profesor/a, que, además dinamiza un baile, en el hall del instituto.
Recursos	http://www.iesarcareal.es/

Práctica	Recreos inclusivos. IES Arca Real, Valladolid.
Objetivos	▪ Hacer partícipes en el trabajo grupal a jóvenes durante su tiempo de descanso. ▪ Ofrecer alternativas de ocio y deporte para todas y todos.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	Se programan actividades puntuales para ser desarrolladas durante el tiempo de recreo. Éstas constan de actividades en la biblioteca, parkour, juegos en el patio, etc.
Recursos	http://www.iesarcareal.es/

Práctica	Convivencia Saludable. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Crear un ambiente de confianza y abrir canales de comunicación entre el profesorado
Para quién	Profesorado.
Desarrollo	Almuerzo de convivencia con el equipo educativo donde se fomenta canales de comunicación.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/

LINEA 4: IGUALDAD Y BUENOS TRATOS

Práctica	Proyecto “La violencia fuera de escena”. IES Punta del Verde, Sevilla.
Objetivos	▪ Sensibilizar al alumnado acerca de la violencia de género en las relaciones afectivo-sexuales. ▪ Potenciar relaciones saludables.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	Por medio del Psicotreatro, en él se representan diferentes escenas de pareja, en el aula, el propio alumnado se convierte en partícipe de las mismas.
Recursos	http://coeducacion.iespuntadelverde.es/

Práctica	En este día... IES Punta del Verde, Sevilla.
Objetivos	▪ Provocar en el alumnado el debate y la reflexión ante la desigualdad, la discriminación y las violencias sexistas y de género. ▪ Empoderar a las menores. ▪ Promover la participación y la empatía .
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	25 de noviembre. Día de la eliminación de la violencia contra las mujeres: ▪ Se mostró en el hall una novia, que en una carta pedía ayuda por la vivencia de una relación no-igualitaria, basada en el amor romántico, y el alumnado aportaba soluciones por medio de un concurso de cartas. ▪ En el hall, una lápida con los nombres de las mujeres asesinadas, el alumnado participa en su difusión por medio de un hashtag. 8 de marzo. Día de la Mujer: ▪ Por medio de un photocall se dio voz a las niñas, que mostraban sus logros o cualidades, bajo la idea de que no era necesario ser científica para ser importante. ▪ Exposición de fotografías del profesorado intercambiando roles de género. 21 de septiembre. Día de la paz: ▪ Para combatir la homofobia y la transfobia, se construyó un autobús con el lema: “Los/as niños/as tiene corazón, que no te engañen”, en réplica a la campaña de 2017 de determinadas agrupaciones en contra de la diversidad sexual.
Recursos	http://coeducacion.iespuntadelverde.es/



Práctica	Visibilizando IES Europa, Águilas; IES Aljada, Puente Tocinos (Murcia).
Objetivos	▪ Visibilizar a mujeres célebres. ▪ Ofrecer modelos de mujeres alternativos a los estereotipados. ▪ Empoderar a las alumnas. ▪ Generar conocimiento con perspectiva de género.
Para quién	Toda la comunidad educativa.
Desarrollo	▪ Visibilización del deporte femenino en las actividades de Educación Física (IES Europa) ▪ Representación paritaria de mujeres y hombres célebres en las placas de entrada de cada aula. (IES Aljada).
Recursos	http://blogieseuropaaguilas.blogspot.com/ http://www.iesaljada.es/

Práctica	Liderazgo paritario. IES Punta del Verde, Sevilla.
Objetivos	▪ Ejercer la igualdad desde las instituciones. ▪ Promover la perspectiva de género entre docentes y alumnado.
Para quién	Toda la comunidad educativa.
Desarrollo	El director del instituto tiene establecida la política de representatividad paritaria en su equipo de dirección. Además, se promueve y facilita constantemente la labor de la Responsable de igualdad.
Recursos	http://coeducacion.iespuntadelverde.es/

LÍNEA 5: COMUNIDAD Y ENTORNO

Práctica	Huerto escolar. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla; IES José Planes de Espinardo, Murcia.
Objetivos	▪ Crear en el alumnado una conciencia ecológica. ▪ Adquirir valores de trabajo en equipo y de asunción de responsabilidades y reglas. ▪ Fomentar aprendizajes de conocimiento del medio natural y social: aprovechamiento del agua, respeto a la naturaleza y al medio ambiente. ▪ Mejorar las conductas y el rendimiento dentro del aula y motivar al alumnado.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	Taller de creación de un huerto por parte del grupo F.P.B y del Aula Especifica del IES Las Marismas. Mantenimiento del Huerto Escolar del IES la Aljada, dinamizado por profesorado.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/ http://www.iesjoseplanes.es/2017/11/huerto-escolar/

Práctica	Menores y Mayores. IES Las Marismas, Los Palacios, Sevilla.
Objetivos	▪ Crear en el alumnado una conciencia de participación social y solidaria.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	El alumnado expulsado del centro por sanción desarrolla actividades con personas mayores durante dicho periodo, colaborando con la “Asociación Alzheimer” y el “Centro de Mayores”.
Recursos	http://actividadesmarismas.blogspot.com/

Práctica	Carta medioambiental del IES Aljada, Puente Tocinos, Murcia.
Objetivos	▪ Comprometer a la comunidad educativa para crear un ambiente agradable y saludable.
Para quién	Toda la comunidad educativa
Desarrollo	Las/os alumnas y alumnos han de firmarla al formar parte del centro y en ella se comprometen en el cumplimiento de 10 puntos, entre ellos: ▪ A mantener limpio el centro y ordenado el mobiliario de las aulas. ▪ A circular con calma y fluidez por los pasillos y el patio. ▪ A cuidar y respetar el material del centro. ▪ A reducir el consumo de materiales y de energía.
Recursos	https://www.murciaeduca.es/iesaljada/sitio/upload/Carta_medioambiental.pdf



Práctica	Europa sobre ruedas. IES Europa, Águilas, Murcia.
Objetivos	Promover el transporte no contaminante
Para quién	Toda la comunidad educativa.
Desarrollo	Dentro de la semana cultural, un día, tanto alumnado como profesorado van al centro en bicicleta, patín, monopatín, patines...
Recursos	http://blogieseuropaaguilas.blogspot.com/

Práctica	Somos Ecocentro. IESO Los Barruecos, Malpartida de Cáceres, Cáceres.
Objetivos	- Crear en el alumnado una conciencia ecológica. - Promover hábitos respetuosos con el medio ambiente, al menos en la escuela.
Para quién	Toda la comunidad educativa.
Desarrollo	Reciclaje de CD's, Seguimiento in situ del ciclo de vida del residuo, uso de papel reciclado (papelote), campañas de sensibilización 3R's y recogida selectiva de residuos, colaboración con empresas proveedoras afines.
Recursos	https://www.educarex.es/redes-escuelas/redes-escuela-ecocentros.html

LÍNEA 6: PLAN DE SALUD EN EL CENTRO

Práctica	Programa de Salud “Salud Con-ciencia-ble” IES La Aljada.
Objetivos	Llevar a cabo acciones de formación y sensibilización en el ámbito de la salud.
Para quién	Alumnado, profesorado y dirección del centro escolar.
Desarrollo	Con la realización de diversas actividades y bajo el nombre de “Salud Con-ciencia-ble” tratan de generar ciencia, es decir, conocimiento, como base para tener criterio propio y tomar decisiones. Adquirir conciencia y sensibilización a través de la realización de diversas actividades en diferentes ámbitos de actuación: Alimentación y nutrición; Medioambiente y salud; Educación para el consumo; Salud Mental; Prevención de drogodependencias; Sexualidad y afectividad; Promoción de la seguridad y prevención de accidentes.
Recursos	https://www.murciaeduca.es/iesaljada/sitio/upload/saludconcienciable2019pag.pdf

Práctica	Colaboración entre diferentes departamentos del centro, IES Europa IES Europa, Águilas, Murcia.
Objetivos	Participación de todo el profesorado en el plan de salud.
Para quién	Profesorado.
Desarrollo	Logo del plan de salud presente en todos los departamentos, todos los jefes de departamentos forman parte del equipo de salud y así se da visibilidad a los demás profesores y profesoras.
Recursos	http://blogieseuropaaguilas.blogspot.com/

Práctica	Blog Gotas de Salud IES José Planes, Espinardo, Murcia.
Objetivos	Difundir a toda la comunidad educativa los distintos proyectos de salud.
Para quién	Toda la comunidad educativa.
Desarrollo	Mediante el blog gotas de salud, instagram, facebook y twitter, si difunde a toda la comunidad educativa las diferentes actividades enmarcadas en el plan del salud del centro IES José Planes, que se están llevando a cabo.
Recursos	http://gotasdesalud.cienciacierta.es/



Práctica	Diagnosticar para intervenir. IES José Planes, Espinardo; Murcia, IESO Los Barruecos, Malpartida de Cáceres, Cáceres.
Objetivos	▪ Obtener datos de forma sistemática sobre los consumos, los hábitos o el estado de salud general del alumnado. ▪ Detectar problemáticas. ▪ Generar autoconocimiento.
Para quién	Alumnado.
Desarrollo	Proyecto: “Las bebidas energéticas siguen de moda”. Mediante una encuesta publicada en el blog “gotas de salud”, se realiza un sondeo sobre el consumo de bebidas energéticas entre el alumnado. Los resultados del mismo se publican más tarde en dicho blog. IES José Planes. Medición del IMC: Programa que parte de Educación Física y que, anualmente, procede a la medición del índice de masa corporal del alumnado de ESO. IES Los Barruecos.
Recursos	http://gotasdesalud.cienciacierta.es/

Práctica	Difusión y sensibilización. IES Europa, Águilas, Murcia.
Objetivos	▪ Integrar mensajes positivos en el día a día del centro. ▪ Sensibilizar a la comunidad educativa sobre cuestiones concretas.
Para quién	Toda la comunidad educativa.
Desarrollo	A través de pantallas situadas en los pasillos se van lanzando mensajes constructivos a lo largo del curso, relacionados con actividades o momentos concretos, por ejemplo, en la semana de Carnaval se emitieron mensajes de respeto y convivencia positiva.
Recursos	http://blogieseuropaaguilas.blogspot.com/

LINEA 7: COORDINACIÓN INSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL

Práctica	Programa “Argos” Murcia.
Objetivos	Apoyar las acciones de formación y sensibilización de los centros educativos en acciones de prevención de adicciones y promoción de la igualdad y las relaciones afectivo-sexuales saludables
Para quién	Centros educativos y su alumnado.
Desarrollo	Diversas acciones enmarcados en el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como en el Plan Regional de Drogodependencias, se ejecuta desde la Consejería de Sanidad y Política Social. Aborda las consecuencias del consumo de alcohol en jóvenes; “Las drogas a través de un objetivo” reflexión sobre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis a través de la creación de cortometrajes; “Otra mirada de los jóvenes” efectos y riesgos del consumo del alcohol; “Taller afectivo sexual” pretende que los alumnos y alumnas adquieran unos hábitos saludables y las habilidades que les permitan tomar decisiones conscientes y responsables sobre su propia salud; “El amor sienta bien” sobre igualdad de género.
Recursos	https://drive.google.com/file/d/1CDYRGgTPmgcjGmbm1beh0McFMV0wgxQn/view https://www.20minutos.es/noticia/3283989/0/alumnos-ies-aljada-plasman-grafiti-conclusiones-taller-amor-nos-sienta-bien/

Práctica	Programa Formajoven. Andalucía.
Objetivos	- Acercar la promoción de la salud a los lugares que frecuentan habitualmente los chicos y chicas. - Desarrollar competencias y activos para la salud que les permitan afrontar los riesgos más frecuentes a estas edades. - Hacer compatible la salud con el ocio y la diversión. - Favorecer la elección de las conductas más saludables.
Para quién	Alumnado de educación secundaria obligatoria y post obligatoria, de edad comprendida entre los 12-18 años.
Desarrollo	El programa se desarrolla en cualquier centro de secundaria que lo solicite durante el periodo habilitado al efecto. Una vez admitido, personal sanitario del Centro de Salud de la zona (enfermeras/os, médicos/as de familia y pediatras) acudirá periódicamente al centro educativo para desarrollar un proyecto de promoción de la salud que previamente habrá elaborado con el departamento de orientación y aprobado por el consejo escolar. Al equipo docente-sanitario se suman jóvenes del centro con funciones de mediación en salud y encargados de facilitar la comunicación con el alumnado y promocionar los mensajes de salud.
Recursos	http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/programas/forma-joven



Práctica	Programas de educación. Valladolid.
Objetivos	▪ Apoyar las acciones de formación y sensibilización de los centros educativos.
Para quién	Centros educativos y su alumnado.
Desarrollo	Diversos programas ofrecidos por la Concejalía de Educación, Infancia e Igualdad, como: “Educación para la salud” que contempla el aspecto físico y afectivo-sexual de los y las jóvenes; “Educamos en el respeto” de tolerancia cero a la violencia; y “Aprendo a respetar” para la prevención de la violencia de género; y otros cuantos sobre sensibilización intercultural, consumo responsable y tratamiento de dependencias.
Recursos	https://www.valladolid.es/es/gente/familia/servicios/guia-municipal-actividades-educativas-curso-2018-2019

Práctica	Colaboración con Centros Hospitalarios. Valladolid.
Objetivos	▪ Formación de los profesionales docentes en materia sanitaria y establecer canales de cooperación sanitario-educativos.
Para quién	Personal sanitario del Hospital Universitario Río Hortega, estudiantes, personal docente, familias.
Desarrollo	Formación de una unidad de trabajo multidisciplinar formada por MIR, EIR y otros profesionales de la sanidad quienes junto con docentes, tutores/as y familias desarrollan distintas actividades de formación y sensibilización en centros de educación: charlas formativas, talleres prácticos, etc.
Recursos	Ejemplo de actuación: https://www.saludcastillayleon.es/HRHortega/es/actualidad/miembros-servicio-urgencias-residentes-medicina-familiar-co

Práctica	Colaboración con la Facultad de Educación y Trabajo Social. Valladolid.
Objetivos	▪ Abordar trabajos científicos de investigación en el entorno educativo. ▪ Detectar problemáticas de salud en el alumnado.
Para quién	Profesionales de la educación, de la sanidad y estudiantes de último curso de grado o de máster.
Desarrollo	Investigación y divulgación científica de estudios de TFM (trabajo fin de máster) y TFG (trabajo fin de grado) a través de la colaboración de estudiantes que los estén abordando y centros escolares que lo soliciten.
Recursos	http://www.feyts.uva.es

Práctica	Talleres impartidos por personas expertas ajenas al centro.IES Aljada, Puente Tocinos, Murcia.
Objetivos	▪ Apoyar las acciones de formación y sensibilización de los centros educativos.
Para quién	Centros educativos y su alumnado.
Desarrollo	“Primeros auxilios” los alumnos y alumnas reciben nociones de primeros auxilios y soporte vital básico impartidas por un profesional sanitario. “Presta atención, aprovecha el tiempo” charla-taller para enseñarles a centrar su atención, aprovechar el tiempo y sentirse mejor consigo mismos, impartida por un psicólogo. “Control de la ansiedad en los exámenes” se les enseña como una buena planificación en fundamental para el control de la ansiedad, así como a relajarse, impartida por un psicólogo.
Recursos	https://www.murciaeduca.es/iesaljada/sitio/upload/saludconcienciable2019pag.pdf

Práctica	Talleres de educación para la salud realizados por entidades especializadas.
Objetivos	▪ Apoyar las acciones de formación y sensibilización de los centros educativos.
Para quién	Centros educativos y su alumnado.
Desarrollo	“Prevención Salud Mental” impartido por la Federación de enfermos mentales. “Plan director” impartido por el Cuerpo Nacional de Policía; “Alimentación y nutrición” “Prevención de adicciones” impartido por Cruz Roja; “Trastornos de la conducta alimentaria” impartido por ADANER; “Jornadas de donación de sangre en IES Aljada” Centro de hemodonación Región de Murcia.
Recursos	https://www.murciaeduca.es/iesaljada/sitio/upload/saludconcienciable2019pag.pdf

