



Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en educación para la salud durante la escolarización obligatoria

Proyecto de investigación subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad

Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

Coordinación: Valentín Gavidia



Proyecto COMSAL

Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

**Proyecto de Investigación subvencionado por el Ministerio de
Economía y Competitividad (MINECO)**

Coordinación: Valentín Gavidia

Revisoras: Marta Talavera, Olga Mayoral, Cristina Sendra y Anabella Garzón

Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales

Universitat de València

Equipo de Investigación COMSAL 1:

Valentín Gavidia, I.P.
Carles Furió
Cristina Sendra
Marta Talavera
Dolores Gil
M^a Carmen Davó
Manuela García de La Hera
Lourdes Pérez de Eulate
Enrique Llorente

Grupo de trabajo: Ascensio Carratalá, Anna Arnal, Irene Gavidia, Desamparados Hurtado, José R. Cantó, Carlos Caurín, M^a José Martínez, Lucía Fernández, Bárbara Gomar y Oana Militarú.

Equipo de Investigación COMSAL 2:

Valentín Gavidia, I.P.
Marta Talavera, I.P.
Carles Furió
Olga Mayoral
Anabella Garzón
Enrique Llorente
José Carrasquer
María Milagros Torres
María del Carmen Navarro
María Magdalena Marrero

Grupo de trabajo: Cristina Sendra, Hilario Martí, José Reig, Carlos Caurín, Oscar Lozano, Desamparados Hurtado, Susana Beatriz Sánchez, Valeria Haussaire, Ana Maria Fontenelle Catrib, Gabriel Omar Locarnini, Alejandra Maria Rossi, Silvia Turner, Teresa del Carmen Pérez, Marcela Alicia Greco, Maxmiria Holanda Batista, María Victoria Álvarez, Ana Gloria Reig, Nuria Álvaro y Lourdes Pérez de Eulate.

Copyright © 2016

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito de los autores y del editor. En caso de erratas y actualizaciones, la Editorial Tirant lo Blanch publicará la pertinente corrección en la página web www.tirant.com.

© Valentín Gavidia (Coordinador)

© TIRANT HUMANIDADES

EDITA: TIRANT HUMANIDADES

C/ Artes Gráficas, 14 - 46010 - Valencia

TELF.: 96/361 00 48 - 50

FAX: 96/369 41 51

Email: tlb@tirant.com

www.tirant.com

Librería virtual: www.tirant.es

DEPÓSITO LEGAL: V-3185-2016

ISBN: 978-84-16786-72-5

MAQUETA: Equipo gobalCOMUNICA, S.L.

Si tiene alguna queja o sugerencia, envíenos un mail a: atencioncliente@tirant.com. En caso de no ser atendida su sugerencia, por favor, lea en www.tirant.net/index.php/empresa/politicas-de-empresa nuestro Procedimiento de quejas.

ÍNDICE

Ámbito 0: Introducción

- Presentación.....1
- El proyecto COMSAL (Competencias en Salud)
Valentín Gavidia.....3
- Reflexiones sobre transversalidad
Ascensio Carratalá.....19

Ámbito 1: Promoción de la Salud

- La Escuelas Promotoras de Salud, un entorno para desarrollar competencias y vivir experiencias positivas para la salud: la experiencia de Aragón
Pilar Aliaga, Manuel Bueno, Elisa Ferrer, Javier Gállego, José Ramón Ipiéns, Carlos Moreno, Pilar Muñoz, Manuela Plumed y Begoña Vilches.....45
- Competencias en Promoción de la Salud. Análisis del currículo de la Educación Obligatoria
Lucía Giménez, Lucía Fernández, Olga Mayoral y Valentín Gavidia.....67

Ámbito 2: Alimentación y Actividad Física

- Guías y recomendaciones para aprender a comer y vivir activos: entre la ciencia y lo cotidiano
Joan Quiles i Izquierdo.....87
- Problemas y hábitos del alumnado sobre la alimentación y la actividad física. Algunas recomendaciones de intervención para el ámbito educativo
Lourdes Pérez de Eulate y Enrique Llorente.....103
- Recomendaciones de práctica de actividad física y contextos de intervención en la edad escolar: el rol del centro educativo
Javier Molina.....113
- Competencias en Alimentación y Actividad Física. Análisis del currículo de la Educación Obligatoria
Paula Bayona, Anabella Garzón y Carlos Caurín.....129

Ámbito 3: Adicciones

- El profesor ante las drogas: algunas reflexiones ante las exigencias de la promoción de la salud
Amando Vega.....153
- Competencias en prevención de adicciones en el currículo de la Enseñanza Secundaria
Bárbara Gomar, José Cantó y Valentín Gavidia.....175

Ámbito 4: Educación Afectivo-sexual

- Caso abierto: la educación sexual en España una asignatura pendiente
María Lameiras, María Victoria Carrera y Yolanda Rodríguez.....197
- El *sexting*: un nuevo reto para la educación sexual en la escuela
M^a Dolores Gil-Llario y Rafael Ballester-Arnal.....211

- La Educación Afectivo-Sexual en la Educación Obligatoria. Estudio de las propuestas curriculares del Ministerio y de la Comunidad Valenciana
David Agud, Irene Guijarro, M^a Dolores Gil y Valentín Gavidia.....227

Ámbito 5: Higiene

- Disfonía en la etapa educativa
Anna Arnal Gómez.....247
- Competencias en Higiene en la Educación Obligatoria. Análisis de los currículos oficiales (BOE y DOCV)
Lucía Fernández-Manzano, Cristina Sendra y Valentín Gavidia.....265

Ámbito 6: Salud Mental y Emocional

- Análisis de la violencia de género en el marco de la Teoría Crítica Feminista. Por una Escuela Saludable Coeducativa
Aguas Vivas Catalá González.....285
- La importancia de la competencia emocional en la formación del profesorado
Marta Talavera y José Manuel Baena.....299
- ¿Cómo aborda el currículum oficial la competencia emocional en la Educación Primaria y Educación Secundaria?
Elena Zalve y Marta Talavera.....309

Ámbito 7: Prevención de Accidentes y Educación Vial

- La prevención de accidentes escolares desde el desarrollo de competencias
M^a Inés Gabari y Raquel Sáenz.....331
- La Educación Vial en el Sistema Educativo español
Inés Reig.....357
- La prevención de accidentes en el currículo de la Educación Obligatoria española
Ester Soler y Valentín Gavidia.....373

Ámbito 8: Salud Ambiental

- Promoción de entornos saludables
José Carrasquer, Adrián Ponz, María Victoria Álvarez y Beatriz Carrasquer.....395
- El reto de la Competencia Medioambiental en la Educación para la Salud
José Ramón Díez.....409
- Las competencias en salud ambiental en el currículo de la Educación Obligatoria
Beatriz Fernández, Nuria Álvaro, Olga Mayoral y Valentín Gavidia.....425

PRESENTACIÓN

Los ciudadanos en su paso por la enseñanza obligatoria reciben y aprenden conocimientos de matemáticas, lengua, ciencias, etc., que les permiten integrarse en la sociedad, pero... ¿desarrollan las competencias en salud necesarias para funcionar en una sociedad en continuo cambio, para controlar los factores que determinan la salud, individual y colectiva, para intervenir en su entorno próximo a fin de hacerlo más humano y amable, y en definitiva, para añadir vida a los años y años a la vida? ¿cuáles son esas competencias necesarias para un desarrollo saludable personal y social? y... ¿qué contenidos son precisos tratar en el aula para desarrollar esas competencias en salud? ¿tiene en cuenta el currículo escolar esta esfera de desarrollo personal y comunitario?

La publicación que aquí se presenta trata de responder a estas preguntas y es fruto del trabajo realizado en el proyecto subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad español (MINECO) denominado “**Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en Educación para la Salud durante la escolarización obligatoria**” con el nº de referencia: EDU2010-20838.

Este ha sido un trabajo cooperativo llevado a cabo por el grupo de investigación COMSAL formado por: Marta Talavera, Cristina Sendra, Carles Furió, Ascensio Carratalá, Dolores Gil y Valentín Gavidia de la Universidad de Valencia; M^a Carmen Davó de la Universidad de Alicante; Manuela García de La Hera de la Universidad Miguel Hernández de Elche; Lourdes Pérez de Eulate y Enrique Llorente de la Universidad del País Vasco. Además ha contado con los colaboradores siguientes: Anna Arnal, Irene Gavidia, Amparo Hurtado, José R. Cantó, Carlos Caurín, M^a José Martínez, Lucía Fernández y Oana Militaru.

Pero esta investigación no hubiera sido posible sin la opinión de otras muchas personas expertas en Promoción y Educación para la Salud que de forma desinteresada han participado brindándonos sus opiniones y comentarios. Algunas de ellas participan en el presente documento expresando sus ideas directamente.

El libro tiene una Introducción y ocho apartados que corresponden a cada uno de los ocho ámbitos que consideramos encierran todas las cuestiones de Salud que se pueden tratar en la Educación Obligatoria (Primaria y Secundaria Obligatoria). Cada apartado del libro está formado por dos partes. La primera contiene uno o dos capítulos elaborados por personas expertas en el tema que escriben. La segunda es un capítulo resumen de un Trabajo Fin de Master (TFM) efectuado sobre un determi-

nado ámbito de salud. Forma parte de la investigación curricular realizada sobre las propuestas de salud que debe contemplar la Escuela en ese ámbito y de qué forma lo hace la Ley de Ordenación Educativa (LOE) de 2006.

Los capítulos en los que se muestran los resultados de esta investigación y las ideas y los argumentos esgrimidos en ellos, tratan de ser todos ellos coherentes entre sí y responden a una misma filosofía desarrollada en el grupo COMSAL. En el resto de los capítulos la responsabilidad de las ideas que allí se expresan es de sus autores.

El capítulo de agradecimientos es muy extenso, pues han sido muchos investigadores y colaboradores trabajando mucho tiempo y se ha contado con la participación de muchas personas. Así, el alumnado del máster de investigación en didácticas específicas, durante los cursos 2010 al 2014, han expresado sus opiniones a través de cuestionarios y debates, que han sido tenidos en cuenta, por lo que debemos agradecer sus aportaciones. Mención especial en este agradecimiento es para aquellos alumnos y alumnas que aplicaron sus esfuerzos al realizar su trabajo fin de máster (TFM) en estos menesteres de Educación para la Salud. Es el caso de Bárbara Gomar, Lucía Fernández, Elena Zalve, David Agud, Beatriz Fernández, Esther Soler, Lucía Giménez y Paula Bayona.

Reconocimiento muy especial debemos tener para las personas expertas que acudieron a la Jornada que organizamos en la facultad de Magisterio de la Universidad de Valencia en el año 2013 para estudiar y debatir las propuestas de salud que íbamos haciendo, como son: Inés Gabari, Aguas Vivas Catalá, Josefa Gómez, Lourdes Alapont, Fernando Tejerina, Enrique Guillén, Irene Gavidia, Inés Reig, José Ramón Diez, Remedios Aguilar... En aquella Jornada, la participación de Javier Gallego, María Lameiras, Joan Quiles y Amando Vega resultó decisiva en nuestros debates.

También debemos señalar nuestro agradecimiento a todas las personas que tuvieron la amabilidad de contestar nuestros cuestionarios como Milagros Torres, Ana Martínez, Francisco Gómez, Encarnación Gascón-Pérez, Javier García, Silvia Font, Enrique Gras, Rocío Ortiz, Vicente Ortuño, Montserrat Planes, Mireia Argiles, Amparo Roca, Arturo Elosegi, Enrique Vicens LLorca, Milagros Jordá, Daniel Chicano, Elena Martínez, Silvia Sánchez, Jesus Beltrán, Irene Guijarro, J.P. Espada, V. Gabriel Blasco, Maite Segura, José Soriano, Amparo Roca, Federico Calabuig y un largo etcétera hasta llegar a las 102 respuestas.

Si los resultados que presentamos no llegan a recoger todas sus aportaciones no se les puede achacar a ellos sino a nuestras limitaciones.

Nuestro reconocimiento y gratitud a todos.

Valentín Gavidia

El Proyecto Comsal (Competencias en Salud)

Valentín Gavidia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales

Universidad de Valencia

I.P. del Proyecto EDU2010-20838

E-mail: Valentin.Gavidia@uv.es

■ **Introducción**

El proyecto COMSAL surge de la necesidad de concretar las competencias en salud que deben poseer los jóvenes para desarrollar una vida lo más saludable posible, tanto personal como socialmente y, como docentes que somos, comprobar hasta qué punto se contemplan en las propuestas curriculares que realiza la administración.

Esta necesidad de realizar intervenciones de Promoción y Educación para la Salud en centros docentes viene recomendada desde diversas entidades nacionales e internacionales (OMS, UNESCO, Consejo de Europa, Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación, etc.). Desde la Conferencia Europea de Educación para la Salud celebrada en Dublín (1990) ya se recomendó la inclusión de contenidos de Promoción y Educación para la Salud en el currículo escolar, considerando que éste es el modo más efectivo para promover la adopción a largo plazo de estilos de vida saludables y el único camino para que la Educación para la Salud llegue a los grupos de población más joven (infancia, adolescencia y temprana juventud), independientemente de la clase social, el género y el nivel de educación y económico alcanzado por sus padres (Salvador y Suelves, 2009).

De esta forma, la Educación para la Salud se convierte en un precioso y necesario instrumento de Promoción de la Salud y una herramienta clave de intervención de salud en estas edades. Por un lado, el acceso a la población infantil y juvenil es fácil y total debido a la obligatoriedad de la educación desde los 6 a los 16 años. Por otro lado, durante el periodo escolar las personas son más receptivas al aprendizaje y se adquieren los principales hábitos de vida que se pueden consolidar en los años posteriores.

Los centros docentes, junto con el hogar, son los dos lugares clave donde tiene lugar el desarrollo individual y social de las personas en sus estadios más tempranos, ejerciendo un importante papel en la configuración de su conducta y de sus valores

sociales, claves para la configuración de la personalidad adulta de ciudadano. De acuerdo con esta realidad, las escuelas tienen la necesidad de incorporar los temas relacionados con la Salud como una de las bases que les permitirán alcanzar los objetivos educativos previstos.

Desde los trabajos de Lalonde y Dever, en la época de los setenta, los estilos de vida de las personas y de las comunidades están considerados como uno de los factores más decisivos de su nivel de salud. Los hábitos de vida explican alrededor del 40% de las causas de muerte en los países avanzados y, dado que a menudo es difícil diferenciar entre la influencia de un estilo de vida y el medio donde ésta se desarrolla, se dice que ambos conjuntamente poseen una importancia entre el 60% y el 80% de los factores que determinan el nivel de salud de la población. Ello evidencia la especial relevancia que otorgan las Administraciones educativas y sanitarias a la modificación de los hábitos insanos (objetivos de salud para el siglo XXI).

Hemos insistido en que muchos de estos comportamientos se adquieren con frecuencia en la infancia y adolescencia. Así sucede con los hábitos alimenticios inadecuados, el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, entre otros. Numerosos estudios ponen de manifiesto la necesidad de abordar la educación sobre hábitos saludables desde las escuelas, integrándola en el trabajo diario de aula.

Entre las primeras decisiones acerca de los contenidos formativos que deberían aprender los estudiantes para tener comportamientos saludables se encuentra el llevado a cabo por la Generalitat de Catalunya y que posteriormente fue tomado por el Gobierno Vasco como un modelo de enseñanza-aprendizaje de la Educación para la salud en la Escuela (Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. Generalitat de Catalunya, 1984; Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988, Bilbao). Este modelo se basa en un curriculum establecido por una “Comisión de Expertos”, que fijó unos objetivos y contenidos determinados para su trabajo en el aula.

Con posterioridad el Gobierno de Aragón, trabajó diversos años con un planteamiento diferente ya que basó su Programa Experimental de Educación para la Salud en un planteamiento de Proyectos. La selección de objetivos y contenidos, a trabajar en cada Centro bien sanitario o Educativo, era elegido por proyectos determinados a iniciativa de los grupos de trabajo interesados en una temática concreta en función de las necesidades educativas sentidas en su comunidad y en su entorno ambiental próximo. Como resultado de estos años de experiencias en diversos proyectos se editó el trabajo “Educación para la Salud: propuestas para su integración en la Escuela (1991).

A continuación, son muchos los proyectos que presentan las administraciones autonómicas para desarrollar la Educación para la Salud en la Escuela (Valencia, Murcia, Asturias, Canarias, etc.), muchos los estudios realizados para conocer los conocimientos, las conductas y estilos de vida del alumnado (Encuesta Nacional de Salud, 2006; Valderrama, J.C., Gavidia, V. et al., 1997; Pérez de Eulate, L. y Ramos, P., 2005; etc.) y muchos los recursos didácticos específicos de salud elaborados para su aprendizaje en el aula. Sin embargo, el Tratado de Bolonia y la construcción del Espacio Europeo de Educación hacen que nuestra mirada educadora cambie de sentido y en lugar de centrarse en los contenidos de las materias a impartir se centre en las competencias a adquirir por el alumnado. Competencias para desarrollar la capacidad de enfrentarse a las situaciones problemáticas que presenta una sociedad en continuo cambio y cada vez de mayor complejidad.

Estas competencias en Salud a adquirir por el alumnado en su paso obligatorio por la escuela están por definir. Se requiere, pues, unos estándares mínimos de competencias en salud a desarrollar por el alumnado en las escuelas por un profesorado competente en esta materia, dado que las intervenciones educativas pueden ser exitosas en la medida en que sean aplicadas por docentes más que por expertos profesionales (Smolak et al., 2001).

De esta forma, el **objetivo** principal de la presente investigación ha consistido en concretar las competencias en Salud que deben adquirir los ciudadanos españoles en su paso obligatorio por la Escuela y comprobar hasta qué punto las propuestas curriculares que realiza la administración las tienen en cuenta.

■ Metodología del Trabajo Desarrollado

Adquirir competencias en Salud es esencial para la vida, tanto individual como colectiva. ¿Hay algo más importante que la propia vida? Estas competencias se deben adquirir en la edad escolar, pero ¿se obtienen en la Escuela? La Ley Orgánica de Educación (LOE) de 2006 ha permitido una actualización del currículo escolar de la etapa obligatoria, pero ¿se atienden las competencias en salud a obtener por los jóvenes españoles?

Responder a estas cuestiones significa:

1. Determinar las competencias en Salud que debe poseer el alumnado al completar sus estudios obligatorios atendiendo a los problemas de salud de los ciudadanos.
2. Analizar el currículo escolar de la enseñanza obligatoria (Primaria y ESO) desde la perspectiva de las competencias en Salud que se deben alcanzar.

Determinación de las competencias en Salud. Para conseguir el primer objetivo de determinar las competencias en salud, el equipo investigador COMSAL, constituido por 16 profesores de las Universidades de Valencia, Alicante, Elche y el País Vasco, de diferentes áreas de conocimiento (Salud pública, Didáctica de las Ciencias Experimentales, Psicología, Pedagogía, Trabajo Social, Logopedia y Fisioterapia), y el grupo de trabajo formado por profesores de Educación Primaria y Secundaria, y asesores de Centros de Profesores, ha llevado a cabo un estudio cualitativo en tres fases: 1) Identificación de los problemas/situaciones de salud que debe conocer el alumnado y propuesta de desarrollo de competencias; 2) Estudio Delphi para consensuar las propuestas de competencias para cada problema/ situación de salud; 3) Reunión de expertos para consensuar los resultados obtenidos por el método Delphi.

Primera Fase: Para determinar los problemas o situaciones de salud a los que hay que atender en la enseñanza obligatoria se hizo una revisión de la literatura en la que aparece recomendaciones y propuestas que los organismos internacionales, nacionales y gobiernos autonómicos hacen sobre los problemas prioritarios en salud a fin de seleccionar aquellos más comunes. Para ello se buscó la información presente en las páginas web oficiales de estos organismos, así como en las publicaciones de los mismos en las que se citan y describen los problemas de salud de la población, haciendo especial énfasis en recabar los problemas relacionados con la salud de jóvenes y adolescentes. A partir de la revisión realizada se obtuvo un primer listado de problemas o situaciones prioritarios en salud existentes que debe conocer el alumnado.

Dichos problemas se agruparon en “ámbitos de salud” teniendo como referencia la definición acordada por el equipo COMSAL como “las situaciones, contextos o entornos donde podemos encontrar un conjunto de problemas de salud relacionados entre sí, y sobre los que se puede actuar de forma conjunta” (Gavidia et al., 2012). Así, se establecieron ocho ámbitos de salud: las Adicciones, la Alimentación y Actividad Física, la Sexualidad, la Salud Mental y Emocional, el Medio Ambiente, los Accidentes, la Higiene y la Promoción de la Salud.

Posteriormente el grupo investigador definió una competencia general de salud y, organizado en subgrupos, propuso las subcompetencias para cada de los ámbitos de salud a desarrollar a lo largo de la enseñanza obligatoria, dividiendo cada una de ellas en sus componentes básicos: *Saber* (contenidos conceptuales), *Saber hacer* (contenidos procedimentales) y *Saber estar* (contenidos actitudinales y/o conductuales). Los resultados fueron contrastados por todos los miembros del equipo hasta llegar a un acuerdo.

Segunda Fase: Los resultados acordados se utilizaron para elaborar los cuestionarios y someterlos a juicio de expertos externos. Para llegar a consensos se siguió una

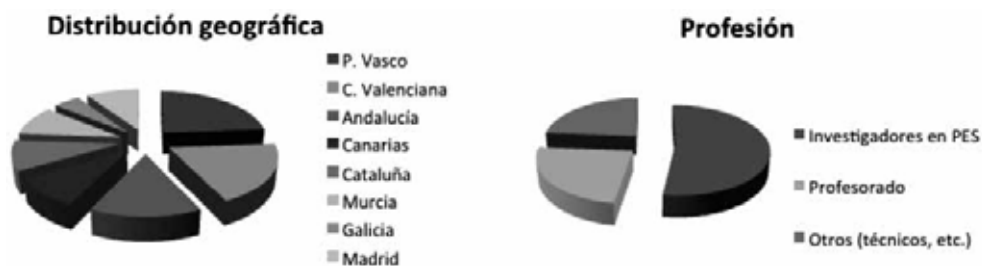
metodología Delphi (Murphy et al., 1998; Yañez y Cuadra, 2008; Maderuelo et al., 2009; Varela et al., 2012), de dos rondas realizadas durante el año 2012. Más tarde, los resultados obtenidos se valoraron en una reunión presencial de expertos la cual sustituía una tercera ronda y constituye la tercera fase.

Los cuestionarios recogían los ámbitos de salud propuestos por el grupo COM-SAL y, en cada uno de ellos, el conjunto de problemas o situaciones de salud que lo forman, la subcompetencia específica, las dimensiones que la integran (saber, saber hacer y saber estar) y los contenidos competenciales necesarios para su adquisición. Cada uno de estos elementos constituyó un ítem del cuestionario semiestructurado, dispuesto a ser valorado con una escala Likert de 5 puntos y con una zona de observaciones para sugerir cambios.

La selección de los participantes se hizo atendiendo a la actividad profesional, formación académica y región de procedencia, confeccionando un panel de expertos heterogéneo (Gráfico 1), tratando de recoger, de esta forma, la diversidad de opiniones. Con todos ellos se inició el contacto por carta informando brevemente sobre los objetivos del estudio y solicitando su colaboración. A los seleccionados, se les envió el cuestionario y se les pidió que valorasen cada ítem.

El primer envío del cuestionario se realizó a 113 personas expertas. Para el segundo envío se aumentó la muestra a 160 expertos, realizando en muchos casos un contacto telefónico, tratando de conseguir al menos 11 opiniones externas por cada ámbito de salud, basándonos en las recomendaciones de Okoli y Pawlowski (2004).

Gráfico 1. Caracterización de los expertos que intervienen en el estudio Delphi según procedencia geográfica y actividad profesional



Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

Las valoraciones y las aportaciones de los expertos de la primera ronda fueron estudiadas para cada ámbito por, al menos, dos investigadores de un subgrupo del equipo, siendo revisadas sus decisiones por otros dos investigadores de un subgrupo diferente. El análisis se hizo teniendo en cuenta que la finalidad de esta ronda era recoger el mayor número de ideas posibles, por lo que solo se desestimaron los ítems con una media menor de 3,5 ($M < 3,5$); y/o desviación típica mayor que 1 ($DT > 1$). Con los resultados de estas decisiones se elaboró el segundo cuestionario para la segunda vuelta del estudio Delphi.

Para el análisis de los resultados de esta segunda ronda se volvió a calcular la Media (M) y la Desviación Típica (DT) obtenida en cada ítem, determinando de esta forma la importancia concedida y el grado de consenso suscitado.

Tercera Fase. Con los resultados obtenidos de estas dos rondas Delphi se organizó la *I Reunión de Expertos en Promoción y Educación para la Salud* (marzo, 2013), en la Facultad de Magisterio de la Universitat de València. Los invitados a intervenir en esta jornada fueron los participantes en alguna de las dos rondas anteriores, extendiéndose la convocatoria a personas expertas a las que se les había enviado la encuesta y no habían contestado. En esta reunión de expertos los asistentes debatieron, junto a los miembros del grupo de investigación COMSAL, los datos obtenidos hasta llegar a consensos en sus enunciados y valoraciones generales. Se estudiaron todos los ítems atendiendo las sugerencias de Coll y Martín (2006) de separar lo imprescindible o necesario de lo deseable ya que “no se puede enseñar todo lo que nos gustaría que los niños y jóvenes aprendiesen; ni siquiera lo que con toda seguridad es beneficioso que los niños y jóvenes aprendan”.

De esta forma, las competencias y los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo fueron valorados teniendo en cuenta la puntuación otorgada a cada ítem (1= muy en desacuerdo y 5 = muy de acuerdo) y la Desviación Típica. La valoración usó las siglas SIP, que tuvo en cuenta los criterios siguientes: $4 \leq M - DS \leq 5 = S$ (Sustancial o Necesario), $3 \leq M - DS < 4 = I$ (Importante) y $M - DS < 3 = P$ (Prescindible). La Reunión de Expertos concluyó con la propuesta definitiva de las competencias en Salud, de los problemas a tratar en cada uno de los ámbitos y de los contenidos competenciales necesarios para desarrollar dichas competencias.

Análisis del currículo escolar de la enseñanza obligatoria

Con los contenidos competenciales consensuados se conformó un Instrumento de análisis para cada ámbito con el que analizar las propuestas oficiales de los currículos y comprobar hasta qué punto han tenido en cuenta esta problemática en su elaboración. Se ha utilizado como muestra los currículos prescriptivos de la Ley Orgánica

de Educación (LOE) que aparecen en el BOE (2006) como enseñanzas mínimas en Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria, y los decretos curriculares que establece el Gobierno Valenciano a través del DOCV (2007).

Los contenidos mínimos propuestos por el Ministerio de Educación significan entre el 55 y 65% de los que se estudian en la Escuela, el resto son complementados por cada Comunidad Autónoma, lo que significa que, en principio, estos últimos deben contemplar como mínimo la propuesta ministerial y si es posible, ampliarla.

Para llevar a cabo dicho análisis curricular, se procedió a la lectura de los currículos y se fueron anotando aquellos elementos curriculares (objetivos, contenidos y criterios de evaluación) que hacen referencia a los distintos contenidos competenciales definidos en el Instrumento de análisis. Dicho análisis fue consensuado entre dos personas del grupo de investigación y sus resultados revisados por, al menos, otro investigador. Posteriormente, se efectuó el recuento dichas aportaciones curriculares, realizando los estudios comparativos entre los dos currículos estudiados y las materias que presentan una mayor intervención en las Competencias de Salud.

Para realizar esta acción de análisis curricular con el instrumento definido, se ha establecido un código de 5 dígitos que se detalla a continuación en las tablas 1 y 2. Esta codificación se mantendrá hasta el final de la investigación en todos los ámbitos.

Presentamos tres ejemplos que ilustran la codificación empleada:

S-CN-2-C-1,3 Significa que la competencia se encuentra en:

Secundaria → Ciencias de la naturaleza → 2º curso → Contenidos → Números 1 y 3.

P-CM-3-Cr-3 Significa que la competencia se encuentra en:

Primaria → Conocimiento del medio natural, social y cultural → 3er ciclo → Criterio de evaluación → Número 3.

S-EF-O-2 Significa que la competencia se encuentra en:

Secundaria → Educación física → Objetivo → Número 3.

Tabla 1. Codificación para el análisis curricular

1 ^{er} dígito	2º dígito	3 ^{er} dígito	4º dígito	5º dígito
P (Primaria) S (Secundaria)	Área/materia en la que se encuentra la competencia (Ver tabla siguiente)	Ciclo (Primaria) Curso (Secundaria)	O (Objetivo) C (Contenido) Cr (Criterio de evaluación)	Número que ocupa

Tabla 2. Codificación para el análisis curricular

Área de conocimiento/materia en la que se encuentra la competencia	
CM	Conocimiento del medio natural, social y cultural
FQ	Física y química
BG	Biología y geología
CN	Ciencias de la naturaleza
EF	Educación física
C	Educación en la ciudadanía y los derechos humanos
Et	Ética
CS	Ciencias sociales, geografía e historia
P	Educación plástica y visual o Educación artística
LL	Lengua castellana y su literatura, lengua cooficial y su literatura
Lx	Lengua extranjera
Mt	Matemáticas
M	Música
T	Tecnologías
L	Latín
I	Informática

En los Anexos correspondientes al ámbito de la Educación afectivo sexual se puede observar el uso de esta nomenclatura que sirve para identificar el contenido seleccionado. Esto ha ocurrido en todos los ámbitos.

En el momento de realizar el análisis curricular se diferencia, en el instrumento de análisis y a partir de la codificación empleada, entre los contenidos competenciales de Salud que se encuentran en el currículo de una forma relacionada y los contenidos competenciales que desarrollan de forma específica el ámbito de salud que se está analizando. A estos últimos se les denomina contenidos competenciales específicos y se representan en el instrumento de análisis incluyendo el símbolo asterisco (*) en la codificación. Los contenidos competenciales relacionados son los que el currículo

posibilita trabajar el ámbito de salud en cuestión, siempre que el profesorado sea sensible al tema y competente para la obtención y uso de recursos, mientras que los contenidos competenciales específicos que aquellos que, atendiendo las indicaciones del currículo, desarrollan de manera inequívoca ese ámbito determinado.

En los resultados que aparecen en muchos de los capítulos dedicados a cada uno de los ámbitos de salud, se puede observar esta distinción entre contenidos específicos y relacionados. Cuando esto no ocurre, se ha optado por tener en cuenta únicamente los contenidos específicos para simplificar la lectura.

Limitaciones de la investigación. En la formación del alumnado, especialmente en lo referente a cuestiones de Salud, intervienen diversos elementos, entre los que podemos señalar como de mayor importancia a la Escuela, la Familia y el contexto social donde se desenvuelve. Estos dos últimos elementos no han sido tenidos en cuenta en nuestra investigación, constituyendo una limitación de la misma, ya que únicamente nos hemos centrado en lo que concierne a la Escuela, y en concreto al currículo escolar prescriptivo.

■ Resultados obtenidos

Como resultado del estudio del equipo de investigación, de las opiniones vertidas en las dos rondas del método Delphi y en la reunión presencial, y de la aplicación de los instrumentos de análisis generados a los diferentes currículos se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación y que agruparemos de la siguiente manera: 1) Ámbitos y Problemas de Salud, 2) Competencia en Salud, 3) Subcompetencias de cada ámbito, 4) Contenidos competenciales para cada ámbito y 5) Análisis curricular.

1. Ámbitos y Problemas de Salud

Los problemas o situaciones de salud se pueden agrupar en los 8 *ámbitos de salud* siguientes: Alimentación y Actividad física, Adicciones, Salud Mental y Emocional, Sexualidad, Accidentes, Higiene, Medio Ambiente y Promoción de la Salud. Este último ámbito es transversal al resto y contiene situaciones relacionadas con los otros ámbitos.

Los problemas o situaciones de salud que se relacionan para cada uno de los ocho ámbitos se presentan en la tabla 3.

2. Definición de la Competencia en Salud

Como resultado de las opiniones vertidas en las dos rondas del método Delphi y en la reunión presencial se definió la Competencia en Salud como “*la capacidad y*

Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

Tabla 3. Ámbitos de salud y problemas relacionados

ÁMBITO SALUD	PROBLEMAS RELACIONADOS
1-Promoción de Salud	Conductas, hábitos y estilos de vida saludables. Entornos saludables. Utilizar adecuadamente los servicios sociosanitarios
2-Alimentación y Actividad Física	Sobrepeso y obesidad. Desórdenes de la conducta alimentaria. Malnutrición. Infecciones e intoxicaciones alimentarias. Sedentarismo. Enfermedades no transmisibles, diabetes, alergias e intolerancias alimentarias. Mala práctica de la actividad física y deportiva.
3-Adicciones	Consumo de tabaco. Consumo de bebidas alcohólicas. Consumo de cannabis. Consumo de otras drogas ilegales. Uso inadecuado de los medicamentos. Otros trastornos adictivos.
4-Sexualidad	Sexualidad insatisfactoria. Infecciones de transmisión sexual (ITS). Embarazos no deseados. Violencia sexual. Discriminación por la diversidad sexual.
5-Higiene	Problemas bucodentales. Higiene corporal. Parasitismo. Enfermedades infecciosas. Cáncer. Alergias. Higiene postural. Higiene sexual. Higiene de los alimentos. Sueño
6-Emocional	Estrés. Ansiedad. Depresión. Baja autoestima. Violencia. Acoso. Malos tratos.
7-Accidentes	Accidentes de tráfico. Accidentes domésticos. Caídas. Quemaduras. Ahogamientos y asfixias. Mordeduras y picaduras de animales.
8-Medio Ambiente	Problemas derivados de la contaminación del agua, del aire y del suelo. Problemas derivados del consumo. Problemas causados por catástrofes.

determinación de resolver los problemas relacionados con la salud personal y colectiva” o bien, de una forma más desarrollada, como “la capacidad y el propósito de utilizar los recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos, experiencias, comportamientos...) para resolver de forma adecuada problemas de salud individual o colectivos en un contexto concreto y contribuir a crear un entorno en el que las opciones saludables sean fáciles de tomar”.

3. Determinación de la competencia para cada uno de los ocho ámbitos de salud

La aplicación de la competencia en salud que se ha definido al conjunto de problemas o situaciones que componen cada uno de los 8 ámbitos de salud permitió enunciar las 8 subcompetencias de la manera siguiente:

1. Para la Promoción de la Salud: Capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud individual y colectiva.
2. Para la Alimentación y Actividad Física: Llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada.
3. Para la Prevención de Conductas Adictivas: Detectar y prevenir conductas adictivas.
4. Para la Vida Afectivo-sexual: Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable.
5. Para la Higiene: Desarrollar pautas de higiene cotidiana que prevengan la aparición de enfermedades y mejoren la calidad de vida.
6. Para la salud mental y emocional: Detectar y combatir situaciones de riesgo conducentes a la ansiedad, estrés o depresión y rechazar la violencia en cualquiera de sus formas.
7. Para la Prevención de Accidentes: Evitar los elementos de riesgo de nuestro entorno y contribuir a la contención de accidentes.
8. Para la Salud Ambiental: Contribuir al mantenimiento y creación de un medioambiente saludable.

El desglose de cada subcompetencia en sus tres componentes, saber, saber hacer, y saber ser, se encuentran en cada capítulo que presenta los contenidos competenciales de cada ámbito y desarrolla el análisis efectuado al currículo escolar.

A continuación, en la tabla 4, se ofrece a modo de resumen, una visión general de la investigación realizada. Consta de: la definición de la Competencia en Salud, o mejor, la Competencia en el Cuidado y Promoción de la Salud personal y colectiva; los ocho ámbitos en los que se han agrupado los problemas de salud que tienen una consideración en la vida escolar; y para terminar la subcompetencia para cada ámbito, necesaria para hacer frente a los problemas o situaciones relativas a cada uno de los ocho ámbitos.

4. Determinación de los contenidos competenciales necesarios en cada uno de los ocho ámbitos de salud

Para cada problema que constituye un ámbito de salud se identificaron los contenidos necesarios para el desarrollo de la competencia en dicho ámbito. A esos contenidos se les ha denominado contenidos competenciales. Estos contenidos se han dividido en conceptuales, procedimentales y actitudinales.

El conjunto de competencias, problemas y contenidos competenciales de cada ámbito se presenta en cada uno de los capítulos que desarrolla el análisis curricular de dicho ámbito.

Tabla 4. Competencias en el cuidado y promoción de la salud personal y colectiva: Principales ámbitos de salud, subcompetencias y problemas de cada ámbito.

Competencias en el cuidado y promoción de la salud personal y colectiva							
Desarrollo de las capacidades y el propósito de utilizar los recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos, experiencias, etc.) para resolver de forma adecuada un problema de salud individual o colectivo en un contexto definido y contribuir a crear un entorno en el que las opciones saludables sean fáciles de tomar.							
Ámbitos de salud							
Promoción de la Salud	Alimentación y actividad física	Prevención de las adicciones	Vida Afectivo-sexual	Higiene personal y colectiva	Salud Mental y Emocional	Prevención de accidentes	Atención al Entorno
Problemas de salud y/o situaciones a responder							
Generar conductas, hábitos y estilos de vida saludables.	Sobrepeso y obesidad. Desórdenes de la conducta alimentaria.	Consumos de tabaco, alcohol, cánnabis y otras drogas ilegales.	Sexualidad insatisfactoria. Infecciones de transmisión sexual.	Higiene bucodental. Higiene corporal. Enfermedades infecciosas.	Estrés, ansiedad y depresión. Baja autoestima.	Accidentes de tráfico. Accidentes domésticos.	Problemas derivados de la contaminación del agua.
Procurar entornos saludables.	Malnutrición. Infecciones e intoxicaciones alimentarias.	Uso inadecuado de medicamentos.	Embarazos no deseados.	Parasitismo y alergias.	Violencia, acoso y malos tratos.	Caidas.	Problemas derivados de la contaminación aérea.
Utilizar adecuadamente los servicios	Sedentarismo. Enfermedades no transmisibles, diabetes, alergias e intolerancias alimentarias.	Otros trastornos adictivos.	Violencia sexual. Discriminación por la orientación sexual.	Prevención del cáncer.	Quemaduras.	Ahogamientos y asfixias.	Consumismo. Catástrofes naturales.
sociosanitarios.	Enfermedades no transmisibles, diabetes, alergias e intolerancias alimentarias. Mala práctica deportiva.			Higiene postural. Higiene sexual. Higiene de los alimentos.		Mordeduras y picaduras de animales.	
Subcompetencias							
Capacidad y predisposición para controlar los factores que intervienen en la salud individual y colectiva.	Llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada.	Detectar y prevenir conductas adictivas.	Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable.	Desarrollar y mantener pautas de conducta que prevengan la aparición de enfermedades y mejoren la calidad de vida.	Detectar y combatir situaciones de riesgo conductas a la ansiedad, estrés o depresión y rechazar la violencia en cualquiera de sus formas.	Evitar los elementos de riesgo de nuestro entorno y contribuir a la contención de accidentes.	Contribuir al mantenimiento y creación de un medioambiente saludable.

5. Resultados del análisis curricular sobre las propuestas de los contenidos en Salud

Tomando como instrumento de análisis el conjunto de contenidos competenciales referidos a los problemas o situaciones de salud que encontramos en un ámbito, se ha estudiado el currículo de la Educación Primaria y el de la Secundaria Obligatoria que propone el Ministerio de Educación y Ciencia en los Reales Decretos 1513/2006 y 1631/2006 que desarrolla el plan de estudios que programa la LOE (2006). Así mismo, se han analizado el currículo que propone la Generalitat Valenciana en los Decretos 111/2007 y 112/2007 para la educación Primaria y para la Secundaria Obligatoria.

El análisis se detiene en las aportaciones que realizan las diferentes asignaturas a las competencias en salud, anotando el número de contenidos referidos a ella.

La Educación para la Salud, al ser una materia transversal del currículo, posee gran cantidad de contenidos, tanto conceptuales como procedimentales y sobre todo actitudinales, que pueden ser utilizados para su desarrollo en el aula, aunque no sean específicamente de salud. Es decir, el profesorado los puede utilizar para el tratamiento de los temas de salud, propiciando las relaciones personales, la conciencia social, la responsabilidad individual, etc. Todos ellos se han tenido en cuenta, pero se han diferenciado de aquellos contenidos que son específicos de salud.

El estudio curricular de cada ámbito ha supuesto la investigación realizada en un Trabajo Fin de Máster (TFM) y un resumen de los resultados se ofrece en cada uno de los capítulos que los abordan.

■ Conclusiones

En los capítulos dedicados al estudio de los diferentes ámbitos de salud, se presentan las conclusiones detalladas que hemos encontrado en cada uno de ellos. Haciendo una generalización con ellos, y por tanto, con las debidas cautelas, podemos señalar lo siguiente:

Según la LOE (2006), el BOE debe aportar entre el 55-65% de lo que se debe estudiar durante la Enseñanza Obligatoria, es lo que se denominan enseñanzas mínimas, mientras que cada comunidad autónoma se encarga de completar el currículo y ampliarlo, siendo responsable de entre el 35 y 45% del currículo propuesto. Tras haber realizado el análisis del BOE y el DOCV se pone de manifiesto que, en líneas generales, el BOE tiene mayor contribución de contenidos en el ámbito de la Salud que lo que realiza el DOCV. Estos datos reflejan que en la Comunidad Valenciana no se da el tratamiento que cabría esperar a las Competencias de Salud.

Las materias que mayor contribución curricular aportan a esta competencia, en orden decreciente, son: Conocimiento de Medio y el bloque Ciencias Naturales - Biología y Geología, Educación para la Ciudadanía y Educación Física. En algunos ámbitos como la Sexualidad o la Salud Ambiental, la Educación Física apenas presenta propuestas de contenidos relacionados con la salud, y es la asignatura de Lengua y Literatura la que ocupa su lugar con sus propuestas.

Es importante tener en cuenta que para desarrollar la competencia en conductas saludables se deben adquirir las tres dimensiones (saber, saber estar, saber hacer). Por tanto, el currículum debe contribuir convenientemente a cada una de ellas. Tanto el BOE y como el DOCV, a la dimensión que más se contribuye es al saber estar (actitudes), seguido del saber hacer (procedimientos) y por último el saber (conceptos). Sin embargo, si nos fijamos en los contenidos específicos de salud, vemos que los contenidos curriculares más abundantes son los conceptuales y resulta llamativo la poca cantidad de contenidos específicos dentro del saber hacer.

Así pues, no encontramos una aportación curricular suficiente para cada una de las tres dimensiones que sirvan para desarrollar las competencias en Salud.

En cada uno de los capítulos se hace un listado de contenidos que no se tratan en el currículum. En todos los ámbitos podemos decir que no se referencia el uso de los recursos sanitarios como vía preventiva y de información.

A partir de toda la información obtenida y analizada podemos afirmar que el currículum prescriptivo de Educación Obligatoria presenta lagunas que dificultan la adecuada atención a las Competencias en Salud que deben adquirir los jóvenes en su etapa escolar.

■ Referencias bibliográficas

- Benavides, F., Moya, C., Segura, A. (2006). Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gac Sanit.*, 20: 239-43.
- Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud (2005). *Plan de Educación para la Salud en la Escuela Región de Murcia (2005-10)*. Murcia.
- Coll, C., Martín, E. (2006). Vigencia del debate curricular. Aprendizajes básicos, competencias y estándares. *Revista PRELAC-UNESCO*, 3: 6-27.
- Davó, M.C., Gil-González, D., Vives-Cases, C. et al. (2009). ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gac Sanit.*, 23: 5-12.

- Davó, M.C., Vives-Cases, C., García Benavides, F. et al. (2011). Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado. *Gac Sanit.*, 25: 525-34.
- Gavidia, V., Aguilar, R., Carratalá, A. (2006) ¿Desaparecen las transversales con la aparición de las competencias? *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 25: 171-80.
- Gavidia, V. (2004). La escuela promotora de salud y sostenibilidad. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 18: 65-80.
- Gavidia, V. (2009). El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 23: 171-80.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2008). Health Promotion: Francophone Research and Perspectives. *Global Health Promotion*, 15.
- IUHPE. (2003). *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jansá, J.M. (1998). Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev. Esp. Salud Pública*, 72: 165-8.
- Maderuelo, J.A., Hernández, I., González, M., Velázquez, I. (2009). Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios: Un estudio Delphi. *Gac Sanit.*, 23: 365-72.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta nacional de salud 2006*. Servicio de publicaciones. Madrid.
- OMS. Riesgos para la salud de los jóvenes. Nota descriptiva N° 345. 2010 [Consultado el 26/03/2014]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- Pérez de Eulate, L., Ramos, P. (2005). Estudio nutricional: una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de las Ciencias*, número extra.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Puertas, B., Cerqueira, M.T. (1996). *Análisis situacional de la promoción de la salud en el ámbito escolar en varios países*. Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, DC, OPS/OMS.

- Real Decreto 1513/2006 de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la educación primaria (BOE, 8/12/06).
- Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la educación secundaria obligatoria (BOE, 5/01/07).
- Salvador, T., Suelves, J.M. (2009). *Ganar Salud en la Escuela. Guía para conseguirlo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Okoli, C., Pawlowski, S.D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, vol. 42 (1), 15-29.
- Smolak, L., Harris, B., Levine, M.P., Shisslak, C.M. (2001). Teachers: The forgotten influence on the success of prevention programs. *Eat Disord.*, 9:261-265.
- Sociedad Europea contra el Cáncer (1990). *Principales conclusiones de la Conferencia Europea sobre Educación para la Salud y Prevención del Cáncer en las Escuelas*. Dublín: OMS.
- Valderrama, J.C., Gavidia, V. et al. (1997). *Evolución de los hábitos de salud en la juventud de Valencia (1994-1996)*. Ayuntamiento Valencia. Programa Municipal de Drogodependencias. Plan Nacional de la Droga.
- Varela, M., Díaz, L., García, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones de área de la salud. *Revista Investigación en Educación Médica*, 1: 90-5.
- Yañez, R., Cuadra, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*, XIV (1): 9-15.

Reflexiones sobre transversalidad

Ascensio Carratalá

Profesor IES “La Marchadella” Torrent, Valencia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales, Universidad de Valencia

E-mail: Ascensio.Carratala@uv.es

RESUMEN: La transversalidad fue una de las grandes novedades derivadas de la implantación de la LOGSE. Aportó en su momento una nueva manera de diseñar los currículos y destacó la necesidad de mejorar la promoción de actitudes y valores y también la incorporación de contenidos de alto valor educativo pero insuficientemente representados en la Educación Obligatoria. A continuación se ofrece un relato acerca de la idea y de la propuesta de transversalidad, las razones que justificaron su implantación, el impacto y los retos que implicó tal proceso y, posteriormente, de cómo fue perdiendo visibilidad hasta acabar por desvanecerse tras dejar (es difícil decir hasta qué punto) su influencia.

PALABRAS CLAVE: Transversalidad, Currículo, Actitudes, Valores.

Reflections on transversality

ABSTRACT: Transversality was one of the great innovations arising from the implementation of the Organic Law on General Education in Spain (LOGSE). At the time, it proposed a new way to design curricula and highlighted the need to promote the improvement of students' attitudes and values. Moreover it meant the incorporation of high educational value content, which was underrepresented in Compulsory Education. This paper presents the idea of transversality, the reasons justifying its implementation, the impact and the challenges involved in such a process and how it gradually lost visibility to end up fading after leaving (it is difficult to say to what extent) its influence.

KEY WORDS: Transversality, Curriculum, Attitudes, Values.

■ Las palabras

Cuando alguien lee o escucha el adjetivo “transversal” puede imaginar que se refiere a algo que atraviesa, que cruza, quizá que dificulta u obstaculiza el paso. Tanto la palabra transversalidad como sus derivados son polisémicas. Así ocurre en realidad con casi todas las palabras, los diccionarios no hacen siempre justicia en sus definiciones a los usos tradicionales y menos aún a los sobrevenidos en un eferescente mundo de novedades y referencias. No puede sorprender que sus distintos usos en relación con la educación hayan generado una cierta diversidad de interpretaciones, que no haya podido evitar un incómodo y no siempre justo estigma de ambigüedad ni que sus significados hayan ido variando con el tiempo.

Transversalidad

Su nacimiento, por inesperado, fue casi clandestino. Visto en perspectiva, constituyó una de las grandes novedades derivadas de la LOGSE; pero en el texto de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) no aparece la palabra transversal, ni transversalidad. Tampoco en el Real Decreto 1006/1991, de 14 de junio, por el que se establecieron las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Primaria. Y no fue en el texto principal, sino en el Anexo I del Real Decreto 1007/1991 de 14 de junio que estableció las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria, formando parte de la introducción al área de “Ciencias Sociales, Geografía e Historia”, donde hizo su primera aparición la palabra transversal, recogida en el siguiente párrafo:

“Dentro de esta área se han incluido unos contenidos, referidos a la reflexión ética, con características específicas respecto al resto de los contenidos del área y de toda la Educación Obligatoria, porque en el planteamiento curricular propio de las enseñanzas mínimas aquí reguladas la educación moral no constituye un área específica, sino una dimensión transversal a todas las áreas, dimensión presente, aunque no exclusiva, en los contenidos de actitudes. [...]”

Esta cita recoge la única ocasión en que se emplea la palabra transversal a lo largo de todo el documento. El adjetivo transversal, aplicado al sustantivo dimensión, apunta en la dirección en que iba a desarrollarse la noción de transversalidad en el futuro próximo, al considerar que la educación moral no debe ser considerada parte de un área, sino que *afecta* a todas las áreas, de ahí la “*dimensión transversal*”. Aunque limitada en esta primera aparición al especial estatus de la educación moral, el concepto estaba destinado a hacer fortuna. En sus posteriores apariciones, la palabra transversal quedó desligada de dimensión, vocablo que no compartió su afortunado destino. Sí se mantuvo, reforzó y ajustó la conexión entre transversalidad y valores.

Un texto legal posterior, el Real Decreto 1345/1991, de 6 de septiembre, por el que se estableció el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria repitió el párrafo introductorio del área “Ciencias Sociales. Geografía e Historia”, ya citado, e incluyó como novedad la palabra transversal en la introducción al área “Matemáticas”:

*“...En consecuencia, en el currículo básico deben incluirse los contenidos más generales del conocimiento matemático, los que son **transversales** a sus distintos ámbitos e incluyen conceptos y procesos de carácter más común, a la vez que más funcional”.*

No hay más referencias a la transversalidad en este documento. Nótese la distinta acepción de *transversal* expresada en cada caso. En la cita anterior, *transversal* se aplica a los contenidos y no es la característica destacada de una dimensión, quizá porque en matemáticas dimensión tiene un significado técnico bien establecido. Transversal es aquí el vocablo encargado de señalar que se trata de contenidos específica e indudablemente matemáticos, calificados como transversales porque resultan ser de útil e imprescindible aplicación a muchas otras áreas, y se hace hincapié en aquellos más generales (cabe entender más fundamentales, más básicos) y más comunes y funcionales. Se trata de contenidos propios de matemáticas que se extienden, escapan de los límites de su parcela y se hacen necesarios en la construcción del conocimiento de otras áreas. Precisamente ésa es la principal razón para incluir las matemáticas en los currículos de enseñanza obligatoria. Son contenidos más generales porque afectan a más ámbitos; más comunes en el sentido, semejante pero no igual, de más conocidos, más ubicuos, y más funcionales por más empleados y útiles.

El uso de la palabra transversal en el contexto previamente citado del área Ciencias Sociales. Geografía e Historia ponía de manifiesto la existencia de contenidos importantes para la formación del alumnado de Educación Obligatoria que no quedaban bien recogidos en ninguna de las áreas del conocimiento establecidas en el currículo LOGSE, pero que al mismo tiempo eran irrenunciables para el sistema educativo. El mismo vocablo en matemáticas expresaba de forma palmaria las variadas relaciones existentes entre los contenidos de las matemáticas con los de otras áreas, algo que hacía imposible mantener el criterio de parcelación de los conocimientos de las áreas en forma de simple yuxtaposición, como territorios de distintos colores pintados en un mapa. Dos dimensiones no bastan para la elaboración del currículo.

Ninguna de las dos redacciones presagiaba aún el uso innovador de la transversalidad ni la genuina innovación educativa que la transversalidad supuso. En ambos casos el adjetivo estaba bien empleado y se ajustaba a los usos tradicionales de la palabra. La evolución posterior derivaría mucho más hacia el sentido de la primera cita que hacia la vía señalada en la segunda, cuyo devenir acentuó su carácter operativo y, al

cabo, acabó por trocarse en *instrumental*, otro concepto de éxito tras la publicación de LOGSE. Aunque en la ley puede leerse cinco veces *instrumento*, todas las ocasiones, a excepción de la última se refieren la utilidad de la ley como instrumento. La excepción se halla en el listado del artículo 19 de la “Sección primera. De la educación secundaria obligatoria”, donde se dice que:

“La educación secundaria obligatoria contribuirá a desarrollar en los alumnos las siguientes capacidades:

*j) Conocer el medio social, natural y cultural en que actúan y utilizarlos como **instrumento** para su formación”.*

Más adelante el adjetivo *instrumental* sería empleado para calificar como instrumentales a las áreas de lenguaje y matemáticas, tanto en Primaria como en Secundaria.

En cuanto al vocablo *transversal*, pasó de ser empleado en sus acepciones oficializadas por la RAE, que atraviesa, se desvía o cruza en dirección perpendicular, a adquirir en los textos educativos nuevas connotaciones y usos menos limitados: que afecta, influye, se relaciona, conecta, matiza, condiciona o incluso, determina.

Impregnar

Otra palabra ausente en el texto de la LOGSE y tan asociada a la transversalidad que puede considerarse su descripción plástica, *impregnar*, aparece en lugar destacado (aunque una sola vez) en el párrafo introductorio del Real Decreto 1007/1991:

*“... En el anexo a este Real Decreto se especifican, en cada una de las áreas, los tipos de contenidos: los conceptos, relativos también a hechos y principios; los procedimientos, y, en general, variedades del «saber hacer» teórico o práctico; y los referidos a actitudes, normas y valores. En este último aspecto, junto a los de orden científico, tecnológico y estético, se recogen, en toda su relevancia, los de carácter moral, que **impregnan** toda la educación”.*

El texto legal, por naturaleza poco dado a adornarse con figuras literarias, conjugó en este pasaje el verbo “impregnar”, en metáfora notable que remite a la “porosidad” como propiedad del currículo y a la “fluidez” como característica de los contenidos transversales para orientar desde la cuasi poesía, sin hacer muchas más precisiones, acerca de la significación preferente de transversalidad. (Cualquier especialista en fisicoquímica podría sacar sin duda más jugo a la metáfora).

El verbo **impregnar** no solía conjugarse antes de 1989 en los documentos sobre educación. Seguir la evolución del Diseño Curricular Base del MEC en relación con la transversalidad aporta algunos datos interesantes sobre la idea de impregnación aplicada al currículo. Así, el Diseño Curricular Base de Primaria, publicado ese año, dos

años antes de la promulgación de la LOGSE, (1989) no utilizó la palabra transversalidad ni sus derivados, pero sí hizo uso de impregnar en diversos tiempos verbales.

En la página 32 el segundo epígrafe del segundo capítulo (titulado Diseño Curricular Base), bajo el título “*Principios de intervención educativa*”, se indica que tal intervención debe tener en cuenta cinco principios básicos que *impregnan* todo el currículo, entre los que enumera a continuación:

- 1) *partir del nivel de desarrollo del alumno,*
- 2) *la construcción de aprendizajes significativos,*
- 3) *posibilitar que los alumnos realicen aprendizajes reales por sí solos,*
- 4) *aprender significativamente supone modificar los esquemas de conocimiento que el alumno posee, y*
- 5) *supone una intensa actividad por parte del alumno.*

Mucha mayor atención recibió de inmediato el párrafo de la página 85 del mismo documento ubicado bajo el subtítulo “*Aportaciones de las áreas a los objetivos de etapa*” y que ha devenido lugar común profusamente repetido en los textos que tratan sobre la transversalidad en el currículo. En él puede verse de nuevo la palabra impregnar, y sigue sin haber referencias a la transversalidad. El párrafo completo es el siguiente:

*“Aspectos que han alcanzado especial relevancia en el desarrollo de la sociedad durante los últimos años en relación con la salud, la igualdad de oportunidades de ambos sexos, la paz, el medio ambiente, el ocio, etc. Estos aspectos hasta ahora han estado ausentes del currículo escolar. Sin embargo, no ha parecido apropiado incluir estos contenidos de forma aislada en un objetivo, área o bloque de contenidos concretos. Esto podría dar lugar a abordarlos de manera compartimentada y durante un periodo limitado de tiempo. Parece mejor **impregnar** la actividad educativa en su conjunto con estos contenidos, por ello se introducen en varios bloques de distintas áreas...”*

Tras los dos puntos se hace una enumeración de las áreas que más adelante, (con cambios) recibirán la denominación de transversales: “Educación del consumidor, Educación para la igualdad de oportunidades de ambos sexos, Educación para la paz, Educación ambiental, Educación para la salud, Educación sexual y la dimensión europea de la educación”.

Quizá no sorprendentemente, impregnar aparece tres veces más en el mismo documento, lo que da idea de la importancia atribuida a la idea. En la página 144, en referencia a la Educación Ambiental, en la página 262 formando parte de una extensa introducción al área Lengua y literatura, y en la página 423, como parte de las

orientaciones específicas de Matemáticas dedicadas a la Geometría. Dado que estas referencias corresponden a áreas del conocimiento específicas, (que más adelante serían troncales o transversales), no parece muy aventurado, dada la habitual rareza de la palabra en los textos educativos publicados hasta entonces, imaginar que quienes redactaron estos textos tenían a su disposición una introducción donde ya se incluía la idea de impregnación y detectaron oportunamente su potencia e importancia, si bien cada uno de los tres casos propone su modo particular de impregnación.

En la correspondiente a Educación Ambiental, la redacción comienza con una breve frase copiada directamente del párrafo de la página 85,

*“Parece mejor **impregnar** la actividad educativa en su conjunto con estos contenidos, destacando la importancia del desarrollo de aquellos referidos a la creación de valores, actitudes y normas”.*

El uso de la idea en Lengua y literatura se refiere a la relación de la estética con los textos literarios:

*“Por otra parte, los textos literarios, merced a la función estética que **impregna** todo su mensaje y a los condicionantes sociales y culturales que influyen y se reflejan en los mismos, ofrecen la posibilidad de ampliar la visión del mundo, de desarrollar el sentido de análisis y de crítica, de gozar y encontrar placer en su conocimiento y de enriquecer el dominio de la lengua”.*

Finalmente, en Matemáticas, propone impregnar carácter lúdico al estudio de la Geometría:

*“El estudio de la Geometría se ha dejado casi siempre para el final de los programas de todos los niveles y no se le ha dado la importancia que merece a pesar del interés que pueden despertar los temas geométricos, de la facilidad manipulativa a la que se prestan, del carácter lúdico que se les puede **impregnar** y de la interrelación de estos contenidos con otros matemáticos y de otras áreas”.*

De la lectura del Diseño Curricular Base de Primaria puede concluirse que la idea de impregnación de las áreas con ciertos contenidos no habituales estaba en el ambiente.

El Diseño Curricular Base de la Educación Secundaria Obligatoria es un documento largo, tiene 665 páginas, si bien comparte con el de Primaria las 68 primeras. En total, son ocho las ocasiones en que se emplea el verbo impregnar, una de ellas en la página 32, compartida con Primaria. Basta, (y con ello es posible ahorrar una serie de extensas citas demasiado prolija), señalar que las tres primeras insisten en que nuestra realidad social está impregnada por la ciencia y la tecnología, una de ellas refiere que la noción de energía impregnará los contenidos de Física, otra repite la idea ya

expresada en Primaria de que la función estética impregnará los textos literarios, una más sirve para indicar que el bloque sociocultural impregnará todas las actividades de lengua inglesa, y una última, donde se advierte que

“...la respuesta a la diversidad no viene postulada, fundamentalmente, por las necesidades particulares de unos alumnos, sino que impregna la propia concepción del grupo clase”.

La revisión de ambos documentos permite afirmar que existía un especial interés por la impregnación curricular. La dispersión de usos de la palabra también permite entender que no había aún respuestas claras a las cuatro preguntas inevitables sobre la impregnación, ¿qué?, ¿para qué?, ¿con qué?, y ¿cómo?

Puede decirse que a lo largo de los Diseños Curriculares Base el uso de la palabra se decantó, de forma incompleta y provisional, hacia la concreción de aquellos contenidos cuyas características les conferían idoneidad para ser materia impregnante: contenidos comunes, genéricos, capaces de dar carácter a un bloque o a un área de conocimiento a lo largo de una extensa secuencia de actividad escolar, como valores, actitudes y normas; bien porque fuera clave para la adquisición cabal de los conocimientos correspondientes, como en el caso de la energía citado; bien porque tuviera relación con modos de hacer y vivir el trabajo en el aula, como la estética en la literatura.

Aunque hubiera por entonces algo más que indicios, no se manifestaba con claridad la relación que más adelante tendrían las áreas transversales con valores y actitudes. Ello hace aún más patente la ausencia de la palabra transversalidad. Primero fue impregnar. Transversalidad llegó después.

■ La perspectiva vertical

La clásica división en áreas del conocimiento, ya bien instalada en los sistemas escolares del siglo XIX, sancionada por la costumbre y, acriticamente aceptada como emanación directa del sentido común, subyacía como entramado básico de todo el sistema educativo en reestructuración y lo hace aún.

Con ambas palabras se incidía directamente en algunas de las deficiencias obvias de aquel y de cualquier currículo, la división del conocimiento en áreas, asignaturas o materias yuxtapuestas, imaginadas idealmente como conjuntos disjuntos entre los cuales no habría intersecciones, ni fisuras, ni colisiones, ni interpenetraciones. Con los parámetros de referencia escogidos, en el diseño ideal, todas las áreas del conocimiento encajarían maravillosamente y no habría porosidad, ni impregnación, ni transversalidad.

Pero si la propuesta curricular del sistema educativo consiste en el estudio del conjunto clásico de áreas del conocimiento, matemáticas, lenguajes, ciencias naturales y sociales, etc. se debe precisamente a la suposición, a la convicción decidida, de que esos conocimientos serán útiles fuera de su estricto marco de referencia epistemológico, servirán para la vida, resultarán necesarios en ocasiones impredecibles, en las situaciones más inesperadas; de que cualquier escolar que recorren longitudinalmente, curso a curso a lo largo de diez o más años, el currículo académico de la Educación Obligatoria podrá sacar provecho de los aprendizajes adquiridos a partir de las enseñanzas clasificadas por materias que se le ofrece o/e impone. Si no hay fisuras ni desajustes, si todo encaja, el sistema queda cerrado en sí mismo. Autocontenido, no tiene sentido más que para sí mismo, y la formación se convierte en un ejercicio academicista destinado a progresar dentro del academicismo que, como fatal consecuencia, deja de ser útil para aquello que justifica su existencia, para facilitar la vida de todas las personas destinatarias de tales enseñanzas, de toda la población, para contribuir a mejorar la sociedad a la que sirve.

Es difícil pensar sin conectar nuestra experiencia con el objeto de nuestra reflexión, sin establecer comparaciones, sin hacer metáforas. Conviene explicitar las dos que subyacen a todo el razonamiento que justifica la distribución del conocimiento en especialidades o áreas, porque ambas son funcionales y ambas pueden llevar a equívoco.

La primera metáfora conecta con la idea de que las áreas de conocimiento son separables. La expresión área de conocimiento alude a una superficie ocupada y al citarla es difícil no imaginar, un terreno agrícola, con extensión, límites, cultivos y propietarios concretos y bien definidos, (analogía empleada con frecuencia y fortuna diversa en los temas educativos). La superficie es tierra campá y el cultivo la ocupa. De creer en ello hasta sus últimas consecuencias, cada una de las áreas del conocimiento, asignaturas o materias, podría ser perfectamente yuxtapuesta al resto, tener límites definidos, repartirse el territorio disponible, gozar de una independencia absoluta y establecer un currículo idiosincrático, liberado de dar cuentas a nadie que no fuera de la propia especialidad (lo que incrementaría las endorfinas de quienes entienden la educación como enseñanza por expertos). En su parcela crecería el conocimiento conveniente para satisfacer las necesidades establecidas. Una distribución inteligente de los cultivos y un trabajo preciso y bien llevado bastarían para asegurar buenas cosechas al cabo de cada curso. Esta concepción, hoy día claramente periclitada, cuya descripción rezuma un aire inevitable de caricatura, no solamente dominó la mayor parte del siglo XX, sino que subyace aún, en parte, en la organización del sistema educativo.

Ocurre además que el conocimiento es cualquier cosa excepto una caja cerrada. Los conocimientos se interpenetran, se solapan, incluso se interfieren. Dialogan y conciertan, son acordes y discordes. Lenguas muy alejadas en ubicación y origen coinciden parcialmente en el uso de los mismos fonemas. Sin lenguaje no hay historia, ni matemáticas, ni ciencia. Sin matemáticas no hay ciencia, tal como la entendemos hoy día, ni tampoco historia. Sin historia no entendemos el lenguaje, ni la física actual. El viejo, por repetido, error del estudiante que cree que estudia química, o biología, cuando en realidad está estudiando el mundo natural a través de una determinada perspectiva epistemológica, de una tradición cultural, de un modo de hacer propio de la biología o de la física, pone de manifiesto hasta qué punto la interconexión interdisciplinar existe. El mismo objeto de estudio puede ser abordado desde la historia, la química, la filosofía, la religión, la geología o la economía, y en cada caso los resultados serían distintos y en cada caso podrían ser aceptables, como en la fábula del elefante. Los intersticios y las interpenetraciones devienen tan inevitables como evidentes. La transversalidad tiene mucho que ver con los intersticios, con los lugares limítrofes desérticos, abandonados por materias que pierden la yuxtaposición para mantenerse separadas por una franja de “tierra de nadie”. Es manifiesta la situación contraria, constituida por espacios irrenunciables para dos o más áreas del conocimiento como ejemplo canónico de solapamiento o interpenetración. Florecen disciplinas intermedias, como Historia de la Ciencia, Biogeografía, Economía Ecológica, Neuropsicología, Fisicoquímica,... La transversalidad entra también en ese juego.

La segunda metáfora relaciona la representación gráfica cartesiana en dos (o tres) dimensiones del currículo y la transversalidad. Las áreas troncales (tradicionales, clásicas) del currículo suelen representarse en posición vertical incardinadas en un sistema de coordenadas cuyo eje de ordenadas es, por una vez, el tiempo. Esta disposición diacrónica se ajusta bien a la idea de un currículo estructurado en áreas que se ramifican a partir de cierta altura, en correspondencia con la progresiva adquisición de competencias del alumnado a lo largo de su crecimiento y desarrollo intelectual. En este sentido, resulta obvia la inferencia de que las áreas transversales son aquellas que se extienden en sentido horizontal, donde la horizontalidad significa simultaneidad y la transversalidad significa interacción simultánea en el caso más simple, cuando su representación es un plano. Claro que las áreas transversales también pueden tener cierto grosor, cierta extensión en el tiempo, y entonces la representación se complica y exige como poco la tridimensionalidad. La complicación puede agigantarse en grado superlativo si se desea representar con fidelidad la multiplicidad de interacciones de los temas transversales entre sí, además de las existentes con las áreas.

Estrategia curricular

La opción más sencilla, profundamente incorrecta, a la hora de diseñar un currículo claro y pragmático, fácil de aplicar, era sencillamente ignorar las fisuras. Habría bastado con mantener en las declaraciones introductorias las afirmaciones sobre la importancia de actitudes, valores y conductas, recordar la necesidad de establecer puentes entre los saberes escolares y la vida cotidiana y argumentar acerca de la necesidad de contribuir a la mejora de la convivencia y la paz, la salud, los hábitos de consumo, el medio ambiente y de una coeducación efectiva. Una vez salvada formalmente la cuestión, se habría podido elaborar un currículo simple, bien organizado, basado en las áreas tradicionales, sin más aditamentos, sin transversalidad. Las reflexiones habrían sido hechas, las orientaciones genéricas quedarían públicamente escritas. Hay gente que piensa que ése hubiera sido el buen camino.

Sin embargo, tal posibilidad, dados los planteamientos expresados en la LOGSE y en los diversos documentos preparatorios, ya no era viable. El preámbulo de la LOGSE difícilmente podía ser más claro, como puede verse en la siguiente cita, más larga de lo habitual en razón de su valor ilustrativo, que recoge sus cinco primeros párrafos:

“Los sistemas educativos desempeñan funciones esenciales para la vida de los individuos y de las sociedades. Las posibilidades de desarrollo armónico de unos y de otras se asientan en la educación que aquéllos proporcionan.

El objetivo primero y fundamental de la educación es el de proporcionar a los niños y a las niñas, a los jóvenes de uno y otro sexo, una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer, de manera crítica y en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia y la solidaridad.

En la educación se transmiten y ejercitan los valores que hacen posible la vida en sociedad, singularmente el respeto a todos los derechos y libertades fundamentales, se adquieren los hábitos de convivencia democrática y de respeto mutuo, se prepara para la participación responsable en las distintas actividades e instancias sociales. La madurez de las sociedades se deriva, en muy buena medida, de su capacidad para integrar, a partir de la educación, con el concurso de la misma, las dimensiones individual y comunitaria.

De la formación e instrucción que los sistemas educativos son capaces de proporcionar de la transmisión de conocimientos y saberes que aseguran, de la cualificación de recursos humanos que alcanzan, depende la mejor adecuación de la respuesta a las crecientes y cambiantes necesidades colectivas.

La educación permite, en fin avanzar en la lucha contra la discriminación, la desigualdad, sean éstas por razón de nacimiento, raza, sexo, religión u opinión, tengan un origen familiar o social, se arrastren tradicionalmente o aparezcan continuamente con la dinámica de la sociedad”.

Si se comienza una nueva ley de educación con una declaración así no puede ser para abandonar a las primeras de cambio. Cuestiones como la integración del conocimiento con su valoración ética y moral, el desarrollo de la capacidad para ejercer de manera crítica la tolerancia y la solidaridad, la adquisición de los hábitos de convivencia democrática, la integración personal y social basada en la educación, el avance en la lucha contra la discriminación y la desigualdad, etc., no eran contenidos propios de las áreas tradicionales. Aunque tales contenidos pudieran formar parte de asignaturas como ética y religión, lo eran más bien de forma marginal. La parte fundamental del currículo anterior, y puede debatirse si también del que emanaría finalmente de la LOGSE, hallaba su correspondencia en el cuarto párrafo de la cita. Los objetivos y contenidos deducibles de los cuatro párrafos restantes no forman parte reconocida de áreas como lenguaje, matemáticas, conocimiento del medio, educación física, ... Se había hecho un esfuerzo notable en poner a la vista un problema importante y la nueva ley debía aportar, arriesgar, una solución.

■ La opción transversal

Publicado a modo de declaración solemne “el objetivo primero y fundamental de la educación” en el lugar más preferente de la introducción de la LOGSE, (la cita puede leerse unas líneas más arriba), parece que una solución más coherente, y radical, hubiera sido la elaboración de un currículo donde las áreas tradicionales hubieran perdido peso en favor de los temas que ahora se citan como transversales, pero muchas razones hacían inviable esa opción, que ni siquiera llegó a ser objeto formal de consideración o debate. El sistema educativo tiene de facto en exclusiva la promoción del conocimiento en la población escolar y el conocimiento estaba representado por las áreas, reconocibles en todas las instituciones de enseñanza, desde Primaria hasta la Universidad y en el profesorado, fuertemente identificado con su respectiva especialidad.

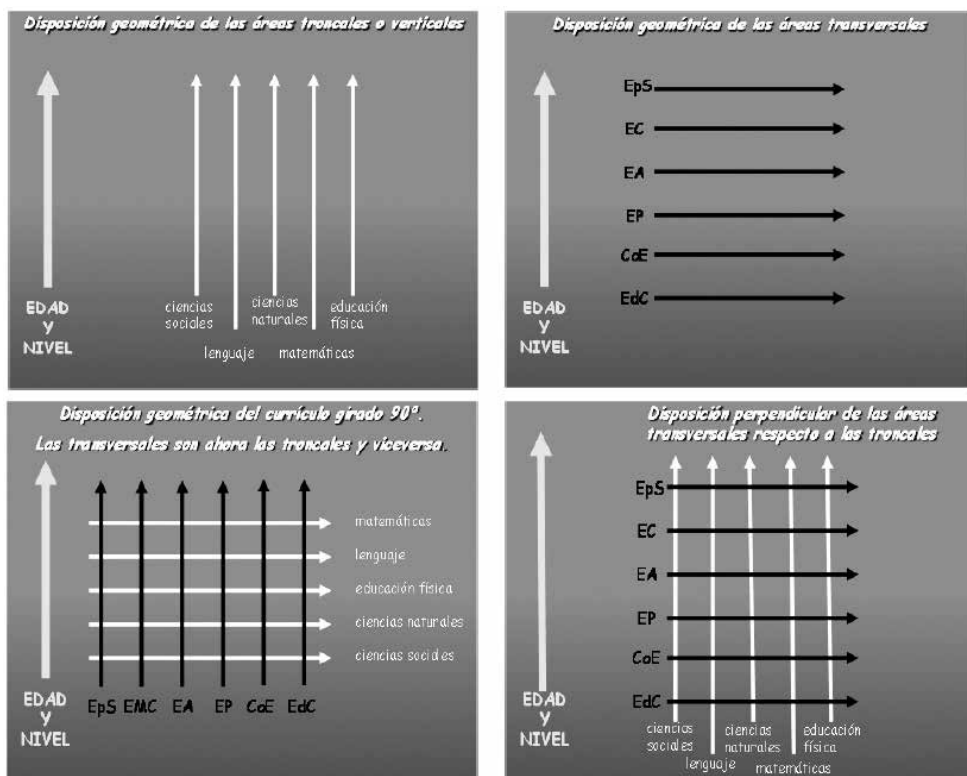
El problema era encontrar una solución sencilla pero eficaz para hacer efectivos los deseos expresados en el preámbulo de la LOGSE y en una serie de documentos tanto preparatorios como posteriores en que se hacía declaración sincera de la necesidad de formar para la vida, lo que exigía incluir contenidos olvidados en la tradición epistemológica de las especialidades y, (causa y consecuencia), en las estructuras organizativas de las instituciones educativas, y desarrollar el trabajo sobre actitudes, valores y conductas.

Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

No valía cualquier cosa. La solución debía cumplir un buen número de exigencias. No debía interferir con las áreas de conocimiento, cuyos resultados, aprendizajes conseguidos, en la estructura de la ley anterior distaban de ser óptimos, necesitaban urgentemente una actualización didáctica y no podían sufrir recortes en el tiempo de trabajo en el aula. Debía ser respetuosa con el papel educativo de la familia y la sociedad. Debía atender demandas sociales y subsanar tradiciones de olvido y desatención.

Había motivos. Se había enunciado objetivos, contenidos. Las palabra impregnar estaba disponible y no iba a ser la única, sino el anticipo de un incipiente vocabulario al que llegó de forma notoria la palabra transversal. La transversalidad, al cabo, fue la gran tentativa de solución al problema. La transversalidad consistió, al menos al principio, en una estrategia organizativa relativamente sencilla.

Desde cierta perspectiva, acaso algo maliciosa, podía entenderse que con ella se resolvía el problema sin tocar, sin trastocar apenas, la estructura fundamental del currículo ni sus criterios. Se dio carta de naturaleza a una selección de temas transversales, (o enseñanzas



transversales, pero no áreas) cuyo currículo modelo orientativo apareció en las otrora famosas “cajas rojas”, publicadas en 1992; se enfatizó su importancia y la necesidad de que el alumnado recibiera formación en cada una de ellas y... se dejó a criterio del profesorado su aplicación efectiva. Los temas transversales seleccionados, según aparecen en la enumeración del prólogo, común a todos ellos, en las cajas rojas fueron

“... la educación moral y cívica, la educación para la paz, para la salud, para la igualdad de oportunidades entre sexos, la educación ambiental, la educación sexual, educación del consumidor y la educación vial”.

Fernando González Lucini, uno de los padres de la transversalidad y una de las voces más escuchadas en este asunto, rememoraba en un artículo del año 2002 titulado “Valores, derechos, deberes y normas para la convivencia” la finalidad original de la transversalidad (la cita es abreviada debido a la longitud del texto pero suficientemente representativa):

“En su origen, el concepto de “transversalidad” surgió dentro del marco curricular con una triple e inseparable finalidad:

En primer lugar, –primero en orden y en importancia- como una aportación sustancial e insustituible al “desarrollo integral de la personalidad de los alumnos y de las alumnas”; desarrollo considerado como el objetivo o la finalidad esencial de la Educación Obligatoria...

En segundo lugar –también en orden y en importancia-, el concepto de “transversalidad” viene a incidir, respecto a los procesos de enseñanza y aprendizaje, en la necesidad de que el desarrollo de la conciencia moral de los alumnos y de las alumnas –y, en consecuencia, su educación en los valores- se considere como una dimensión global que ha de hacerse presente en la totalidad de la acción educativa: en el desarrollo de todas las áreas, en el clima organizativo del centro, en las relaciones interpersonales, en las actividades recreativas, en la disciplina, y en el “ejemplo” o “testimonio” cotidiano de profesores, directivos, administradores, personal de servicio, padres y madres de familia, y estudiantes...

En tercer lugar, el concepto de “transversalidad” –expresado en “temas”, “ejes” o “contenidos” transversales- supone un nivel de concreción en el que la educación en los valores, o el desarrollo de la conciencia moral, se centran sobre dimensiones, situaciones o conflictos sociales de especial relevancia como pueden ser: el desarrollo de una vida saludable, la protección y defensa de la naturaleza, la educación para la igualdad, del consumidor, vial, etc.”.

Desarrollo

Una de las famosas Cajas Rojas está dedicada a los temas transversales y contiene una colección de cuadernos. El prólogo común a todos ellos tiene poco más de dos páginas, espacio que le basta para citar cuatro veces impregnar o impregnación, lo que permite hacerse idea de su valoración como hallazgo expresivo eficaz que orienta el

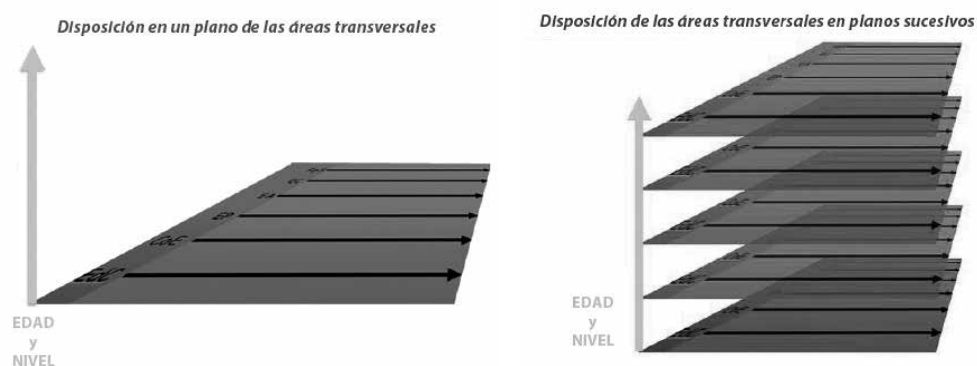
Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

significado del texto y explica clara y brevemente en qué consiste la transversalidad. A continuación se reproduce uno de sus párrafos más relevantes.

“Las enseñanzas o temas transversales impregnan, de hecho, el currículo establecido en sus distintas áreas hasta el punto de que carece de sentido que el profesorado se plantee si, en un momento dado del trabajo de aula, está desarrollando un área determinada o un tema transversal concreto. La impregnación es recíproca: los temas transversales están presentes en las áreas y éstas también se hallan presentes en los temas. Hablar de enseñanzas transversales, en consecuencia, no es introducir contenidos nuevos que no estén ya reflejados en el currículo de las áreas, sino organizar algunos de esos contenidos alrededor de un determinado eje educativo”.

La elección final de la palabra transversal para formalizar la impregnación curricular ponía de manifiesto que la extensión “horizontal” del currículum, atravesando las áreas tradicionales, “verticales” o “troncales”, era importante. Introdujo una potente metáfora que sigue dando mucho juego. También mostraba la importancia dada a la novedosa estrategia de organización del currículo que suponía la horizontalidad o transversalidad.

Con todo, algo hay de incorrección, derivada de este modo de hacer, en la denominación de las enseñanzas transversales. La Educación para la Salud, la Educación Ambiental, la Educación Moral y Cívica, etc. no son intrínsecamente transversales (han sido materias verticales en la ESO, como ya se ha recordado en otro lugar) sino en función de su disposición en la geometría de una estructura curricular concreta. Aplicar el adjetivo transversal de forma un tanto irreflexiva a cualquier contenido educativo, -además de la locución nominal “temas transversales” se hizo habitual la expresión “valores transversales”-, más bien lo empobrece. La salud, el consumo, la convivencia, el civismo, la moral y los diversos valores están en las personas, en la sociedad. Ello fundamenta la necesidad de su incorporación eficaz y respetuosa en los currículos de la Educación Obligatoria. La opción escogida para ello fue la transversalidad, pero po-



Introducción

dría haber sido otra. Cuestión distinta, y no discutida, es el reconocimiento de su interacción con todas las áreas del conocimiento en mayor o menor medida y, haciendo la misma salvedad, en la vida cotidiana de las personas dentro y fuera de la Escuela.

Afortunadamente, no cabe aislar cualquier conocimiento en los límites de su disciplina. Si se emplea la palabra transversal para afirmar que la Educación para la paz exige interrelaciones con diversas áreas y contenidos escolares, también podría emplearse para las matemáticas, los lenguajes, y, a poco que se analice, con cualquiera de los saberes cuyo aprendizaje se esfuerza en promover la Escuela. El epíteto transversal podría ser útil acaso, para identificar los temas establecidos como tales, como etiqueta o referencia identificativa desde la perspectiva conveniente.

Igual que no hay bicicletas para chico y para chica porque nada en ellas es intrínsecamente masculino o femenino a pesar de ocasionales asertos comerciales, ni los temas ni los valores son transversales (en su acepción geométrica de horizontalidad curricular) per se, aunque circunstancialmente pueda optarse por incorporarlos de un modo u otro al currículo en función de una determinada estrategia pedagógica. Tampoco son intrínsecamente curriculares; los auténticos valores existen fuera del currículo, fuera del sistema educativo e incluso fuera del ámbito educativo más amplio, forman parte indisoluble de la vida social y personal. No son un asunto exclusivo del sistema educativo, ni siquiera de la educación. Los valores no dependen de tal o cual disposición organizacional, por muy conveniente que sea para establecer un currículo educativo eficaz.

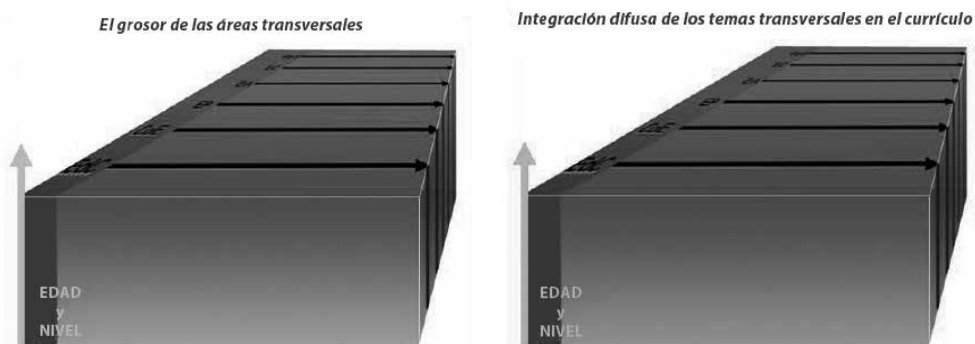
Cambiando el punto de vista, la Escuela debe ocuparse de ellos, con la humildad y el orgullo de conocer las limitaciones de su función y la conciencia de hacer una contribución decisiva en la formación de las personas a su cargo. La aportación de las instituciones educativas en la educación de los valores es deseable, incluso necesaria, en bien de las personas y de la sociedad en que viven y crecen y aprenden. Por si fuera pertinente aportar una justificación, conviene recordar que cualquier escolar pasa, vive, al menos diez años en la Educación Obligatoria e imaginar las inquietantes consecuencias de la opción opuesta.

Es el caso que, en gran medida, los aprendizajes necesarios para la formación de la población escolar no dependen tanto de su integración efectiva en el currículo como de su vivencia en las instituciones educativas. La Escuela es un medio en que se vive y se aprende a vivir, a convivir, a cuidar de uno mismo y de los demás, a evitar conflictos y construir un ambiente de amistad y colaboración donde valga la pena permanecer y sea posible la felicidad y el desarrollo personal. Gran parte de los contenidos que forman parte de los temas transversales se ejercitan directa y realmente, no solo propedéuticamente, en la Escuela.

La idea de impregnación, de haber ido más lejos, habría llevado a caracterizar la materia impregnante como un fluido capaz de permear el interior y bañar externamente todas las áreas del conocimiento a cualquier nivel, sin solución de continuidad, proporcionando imágenes insólitas, algo así como bizcochos dispuestos verticalmente en un tazón de leche o como un tarro de peras al vino, pero inequívocamente unificadora. La concreción efectiva de la transversalidad en distintos temas o enseñanzas transversales casaba mal con la impregnación unificadora, a pesar de todas las advertencias incluidas en los textos de referencia.

Un problema no menor derivaba de cierta asimetría detectable en el propio listado de temas transversales. Educación para la Salud, Educación Ambiental, Educación del Consumidor, Educación Sexual y Educación Vial eran temas transversales que mantenían grandes semejanzas con las áreas troncales establecidas, aunque ciertamente cumplían ciertamente con las características que señalaba el prólogo referido: respondían a una demanda social, estaban al tiempo bien identificadas y ampliamente interrelacionadas entre sí (la Educación Sexual acabó por incorporarse en la práctica a la Educación para la Salud), incluían conocimientos conceptuales y procedimientos genuinos y exigían un importante trabajo en actitudes y valores.

El primer grupo, más descriptivo y más asimilable a las áreas de conocimiento tradicionales a pesar de sus notables distancias, se esforzaba en resolver carencias de conocimientos de las que derivaba lógicamente la necesidad de promover conductas deseables, mediante el trabajo escolar en la promoción de valores, actitudes y conductas. Los conocimientos relacionados con Salud, Sexualidad, Medio Ambiente, Consumo y Circulación Vial fueron asociados a menudo al área Conocimiento del Medio Natural y Social y a Biología y Geología y Geografía e Historia en Secundaria. Costó mucho trabajo hacer entender que estos temas transversales no eran responsabilidad del área más cercana a los conocimientos asociados a ellas, que lo más impor-



tante era el trabajo en actitudes, valores y conductas, que mejorar la salud, las pautas de consumo, la seguridad vial y el medio ambiente depende de las conductas de las personas mucho más que de los conocimientos que puedan atesorar, que el trabajo en estos temas transversales era mucho más educativo que instructivo y, por tanto, responsabilidad de todos.

Los últimos aspectos constituían netamente la esencia de la Educación moral y cívica, la Educación para la paz y la Educación para la igualdad de oportunidades entre sexos, y eran mucho más conspicuos que los conocimientos conceptuales y procedimentales propios, que aparecían con frecuencia en buena parte del currículo a todos los niveles. No había duda de que este grupo de los tres temas trataban de contribuir a la mejora de las conductas sociales mediante el trabajo centrado sobre todo en actitudes, valores y conductas.

Una frase del párrafo siguiente, también del prólogo de la Caja Roja dedicada a los temas transversales, enfatiza la preeminencia de la Educación Moral y Cívica, añadiendo transversalidad a la transversalidad:

“... En particular, es preciso resaltar que la dimensión Moral y Cívica del currículo constituye un tema no sólo presente, sino realmente omnipresente tanto en las áreas como en los demás temas transversales...”.

Cada enseñanza transversal estaba “estrechamente compenetrada” con el resto de transversales, la dimensión Moral y Cívica era omnipresente y todas ellas interactuaban en mayor o menor medida con las áreas del currículo troncal. Ello ocurría en cada curso, en Infantil, en Primaria y en Secundaria. Por otro lado, en la ESO, casi todas las transversales fueron tratadas también, en un giro de 90°, como áreas optativas anuales.

La incorporación cabal de los temas transversales no podía ser el resultado de un ejercicio trivial. El prólogo común de la Caja Roja de los temas transversales recordaba que:

“Puesto que han de impregnar toda la acción educativa, las enseñanzas transversales constituyen una responsabilidad de toda la comunidad educativa, especialmente del equipo docente. En particular, han de estar presentes en el proyectos educativo de centro, en el proyecto curricular de etapa y en las programaciones que realiza el profesorado”.

Cada cuaderno que contiene se dedica a un tema y aporta información útil sobre su historia, sus objetivos contenidos y criterios de evaluación, propone orientaciones para su trabajo en el aula y añade una guía de recursos didácticos. Se trataba, en cada caso, de una ejemplificación destinada a facilitar una tarea que prometía dificultades.

El propio González Lucini añade desde la distancia en el tiempo, en el artículo citado, el siguiente comentario no exento de crítica:

“En la actualidad más que de “transversalidad” –como concepto que implica una forma de concebir y de plantear la educación y los procesos de enseñanza y aprendizaje- se habla, en general, y con bastante frecuencia, de “temas” o de “contenidos transversales”; temas o contenidos directamente relacionados con determinadas situaciones o conflictos sociales, que –sea como sea- hay que “meter” o “incorporar” en todas las áreas. (La acción de “meter”, en este caso, ha sido realmente “perniciosa” –especialmente en la Educación Secundaria- puesto que ha conducido a considerar la “transversalidad” como algo externo que había que incorporar al “saber científico”, y, en consecuencia, al establecimiento de un divorcio entre el “saber científico” y el “saber ético” que es insostenible).

Esta visión “temática” de la transversalidad, ha conducido igualmente a una “parcelación” o “fragmentación” de la experiencia moral que tampoco tiene sentido. No hay que olvidar, por ejemplo, que el gran problema que vivimos en la actualidad, en este mundo nuestro –cada vez más globalizado y con índices cada vez más crecientes de pobreza- no es otro más que el de una profunda crisis del humanismo provocada, fundamentalmente, por un predominio del valor del “tener” sobre el valor del “ser” que afecta a todos los ámbitos de la experiencia y del comportamiento, y que es, por decirlo de alguna forma, un hecho o una realidad “transversal a todos los transversales”.

En aplicación de la metáfora de impregnación que nos acompaña, quizá el fluido no fue tanto, en cantidad o fluidez, como se requería.

Implantación

Con las enseñanzas transversales se hizo un currículo sin temporalización determinada, una sorpresa destinada a atender inveteradas necesidades sociales y, también se dijo, una forma expeditiva de quitarse el problema de en medio. A pesar de todas sus bondades, resultaba difícil trabajar los temas transversales sin incorporar contenidos nuevos, cuya ausencia en las áreas tradicionales estaba en el origen de la propia transversalidad. Se debía dar preeminencia a la enseñanza de actitudes y valores, lo que tampoco era fácil. Organizar contenidos alrededor de determinados ejes educativos requería acuerdos, tiempo y formación por parte del profesorado y era especialmente complicado en Secundaria, donde la organización de los Centros se fundamenta en la distribución por departamentos de las especialidades.

La incorporación de las enseñanzas transversales al currículo requería la formación de equipos interdisciplinarios que dieran cumplimiento a las exigencias. Formalmente había que incorporar un capítulo de transversales en el Proyecto Educativo de Centro y en los Proyectos Curriculares de todos los niveles. Hacer bien la tarea suponía

establecer, con la ayuda de los recursos disponibles, comenzando por las ejemplificaciones de la Caja Roja de temas transversales. El mínimo camino a recorrer era más o menos, el siguiente:

- 1) elaborar un currículo completo de cada área transversal,
- 2) decidir qué formación que razonablemente debía tener el alumnado de cada edad en cada una de ellas,
- 3) determinar las necesidades formativas del alumnado de los distintos cursos,
- 4) secuenciar las enseñanzas transversales en función de las decisiones tomadas,
- 5) asociar los contenidos transversales a las áreas de conocimiento, (“meter” en la expresión citada de González Lucini), lo que exigía negociaciones entre los equipos que elaboraban la programación de temas transversales y el profesorado de las áreas,
- 6) establecer criterios e instrumentos de evaluación.

En el momento de la aparición “oficial” de la transversalidad como idea organizadora de contenidos curriculares tradicionalmente marginados la ley estaba fundamentada pedagógicamente sobre el constructivismo, desconocido para la mayor parte del profesorado, y era obvia la necesidad de hacer un gran esfuerzo para conseguir la mínima formación docente que permitiera afrontar con cierta garantía su implantación con posibilidades de éxito. Se proponía una nueva forma de entender el trabajo docente y se determinó una importante reorganización de las etapas educativas. Los temas transversales constituían un epígrafe más, relativamente menor a la vista de los retos planteados. Se entiende que muchos centros optaran por salvar las apariencias copiando lo necesario para tener dispuesta la programación.

Gran parte del trabajo en los temas transversales debía basarse en la promoción de valores, actitudes y conductas positivas, tendentes a mejorar la relación entre las personas y la convivencia en el ámbito escolar y esta tarea debía trascender los límites del centro y ejercer una influencia positiva sobre la sociedad. Para ello debía contarse con la colaboración de familias y agentes sociales. Fue una labor bien acogida en los centros de Primaria, caracterizados por tener una cultura de trabajo en equipo y un hábito de contacto con las familias, pero no tanto en Secundaria, donde la tradición docente era mucho más individualista e instruccional. Los temas transversales exigieron, como poco, una reflexión sobre la función del sistema educativo y los servicios formativos que debía ofrecer al alumnado para promover su formación. En muchos casos por primera vez, se planteó la necesidad de abordar cuestiones importantes tradicionalmente desatendidas. La educación en valores planteada por las transversales

animaba la generación de una cultura escolar éticamente fundamentada y la creación de un ambiente escolar donde tales valores debían vivirse más que estudiarse.

Todas las transversales incluían también cantidades variables de contenidos conceptuales y procedimentales que debían ser tratados en el aula. Habida cuenta de que los temas transversales no tenían adjudicación de horario, ello creó problemas con las áreas troncales. Los contenidos y criterios de evaluación establecidos en los currículos académicos tradicionalmente optimistas contribuyeron a hacer difícil la incorporación de estos contenidos, que competían por el tiempo con los propios de las áreas. Si se tiene en cuenta el número de temas transversales y áreas troncales existentes en los distintos niveles de la Enseñanza Obligatoria puede entenderse bien la sensación de dispersión o atomización que el proceso podía causar incluso en las condiciones más favorables y en los claustros mejor avenidos e intencionados. La transversalidad, que pretendía un papel integrador, fue llevada por la mecánica institucionalizada a la disgregación, el extremo opuesto.

Había oportunidades de incorporación de contenidos transversales en varias modalidades. Todas áreas troncales, no solo las instrumentales, tenían la posibilidad de ejercitar procedimientos y algunos conceptos en asociación con los temas transversales. En muchos casos, la transversalidad podía añadir motivación a la resolución de un problema, un ejercicio o una tarea de tal cual especialidad, ya que añadía significación y valor al resultado obtenido. En esa vía, que quedó parcialmente inexplorada, la transversalidad era una contribución vital, que daba sentido a la labor educativa y permitía superar la sensación rutinaria de estudiar una lección tras otra por razones inaprehensibles para las mentes escolares. La utilidad de la Escuela como institución social, se debe en parte a su porosidad estructural, a su impregnación vital, a su inevitable y fecunda transversalidad.

Evolución

La transversalidad fue, es, lo sigue siendo, una apuesta interesante y válida. Quizá fuera una propuesta oportunista en su nacimiento, una opción “B” destinada a atender necesidades que no formaban parte de la primera categoría; pero lo que llegó a ser (¿sigue siendo?) dista mucho de lo que fue en primera instancia.

Cada vez que se lanza una innovación existe la posibilidad de que crezca hasta alcanzar un desarrollo inesperado, de que se extienda mucho más allá de lo pretendido, puede adquirir significaciones nuevas y transformarse en una nueva entidad, adquirir nuevas funciones, ocupar espacios inexplorados, generar una trama de nuevas relaciones y transformar para siempre su ámbito de aplicación. Algo de todo ello ocurrió, según puede verse ahora, con la transversalidad.

Lo que parecía un modesto recurso, no sobrado de elegancia, cuyo cometido utilitario inicial era resolver de forma expeditiva con el mínimo imprescindible de coherencia la asociación de los valores con los contenidos curriculares establecidos en la LOGSE, establecida que fue su existencia, y más bien como un efecto marginal, acabó por extravasarse, creció mucho más de lo previsto, y acabó por alcanzar un gran protagonismo explicable a posteriori, entre otras razones, porque abría un camino poco explorado capaz en teoría de resolver algunos de los más notorios y viejos problemas del sistema educativo.

Las áreas consideradas transversales pueden ser calificadas de cualquier cosa excepto de intrascendentes. Según el profesor Valentín Gavidia:

“Los decretos que desarrollan la LOGSE y que establecen el currículo de las diferentes etapas educativas, hacen mención de las materias o líneas “transversales” sin explicitar con claridad el significado del término. No obstante, todas las asignaturas tienen en su programación contenidos que tratan problemas medioambientales, de consumo, de prevención de conductas poco saludables, de coeducación, de convivencia, etc. En concreto, en el área de Conocimiento del Medio/Ciencias Naturales se tratan la salud y el medio ambiente; en el área de Lenguaje se estudia la comunicación interpersonal; en Educación Física, la contribución al desarrollo locomotor, etc. De esta forma se han recogido las peticiones de muchas instituciones (Administraciones de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, etc.) y grupos de profesores que, desde hace tiempo lo vienen incluyendo en sus programaciones.

Sin embargo, este nivel prescriptivo ha sido superado y el concepto de transversalidad ha cambiado en poco tiempo, enriqueciéndose con aportaciones fruto de un intenso debate entre el profesorado y la experiencia adquirida al generalizar su tratamiento. Se ha pasado de ciertos contenidos que deben ser contemplados en las diversas disciplinas, como la higiene, el recibo de la luz, la vivienda, la contaminación ambiental, etc., a representar el conjunto de valores, actitudes y comportamientos más importantes que deben ser educados. Es símbolo de innovación, de apertura de la escuela a la sociedad, incluso a veces se utiliza como paradigma de la actual reforma educativa.

Las materias transversales recogen un conjunto de contenidos conceptuales y procedimentales, pero esencialmente actitudinales y funcionales, que abordan problemas personales y sociales de actualidad. No se circunscriben a una única disciplina sino que, con un carácter globalizador, se relacionan con muchas de ellas contribuyendo a la consecución de los objetivos de la educación obligatoria. Facilitan el desarrollo de capacidades de tipo cognitivo o motriz pero, sobre todo, de equilibrio personal, de relaciones interpersonales y de actuación social”.

El profesor Gavidia, uno de los autores que más ha escrito sobre la transversalidad, escribió dos años más tarde un lúcido artículo, significativamente titulado (en paráfrasis

del título de la obra de Neruda “Fulgor y muerte de Joaquín Murrieta”) “*Vida, fulgor y ¿muerte? de la transversalidad*” donde daba cuenta de su “*balbuceante nacimiento y fulgurante desarrollo*” y mostraba su preocupación porque la palabra había desaparecido en la LOCE y no prometía volver en la nueva reforma, entonces en ciernes. Cuando se promulgó la LOE incorporó como gran novedad las competencias y... no mencionó ni una sola vez la impregnación. Transversalidad aparece dos veces, en las citas que siguen. La primera, en la sexta página del largo preámbulo, dentro del párrafo que da cuenta de otra de las novedades destacadas, la educación para la ciudadanía.

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

La segunda y última, en el primer punto del Artículo 121, que se refiere al Proyecto educativo.

“1. El proyecto educativo del centro recogerá los valores, los objetivos y las prioridades de actuación. Asimismo, incorporará la concreción de los currículos establecidos por la Administración educativa que corresponde fijar y aprobar al Claustro, así como el tratamiento transversal en las áreas, materias o módulos de la educación en valores y otras enseñanzas”.

Aquí acaban las referencias a la transversalidad.

La ruta hacia lo invisible

Sin embargo, no es necesario que digamos adiós. Las palabras, los poemas, los proyectos educativos, las obras humanas, como las personas, adquieren vida propia. La evolución es una ley general que rige también sobre las aportaciones intelectuales, como la transversalidad, cuya historia comenzó sin rumbo fijo y, como cuentan de Colón, no es fácil saber adónde ha llegado, hasta qué punto ha calado en la Escuela. Entre aquel principio y este final hubo mucha gente que trabajó mucho por la mejora de la educación y del sistema educativo. Algunos de los trabajos más interesantes se hicieron siguiendo el hilo de la transversalidad y cambiaron sensibilidades y percepciones en muchas personas. Transversales o no, los temas listados en la Caja Roja de marras son hoy día contenidos de pleno derecho en muchas aulas, se reconoce su importancia y reciben más atención que nunca, aunque el nivel de partida fue muy bajo y queda mucho por hacer. Hoy es mucho más fácil incorporar al aula los temas transversales, aunque, y acaso por ello, su visibilidad haya disminuido. Basta mirar y comparar los contenidos

de las áreas del conocimiento (ahora denominadas con la palabra materia en Secundaria) para comprobar la presencia de contenidos otrora inexistentes y que hicieron su primera aparición como entidades de interés para la Escuela en los temas transversales. Las cosas fueron cambiando en el buen sentido, gracias en parte al esfuerzo de quienes apoyaron la transversalidad, incluso si estamos asistiendo a su desaparición. Las ideas producen cambios e incluso las palabras mantienen su protagonismo, *mutatis mutandis*. La gran novedad de la LOE es sin duda la aparición en el texto legal de las competencias básicas, cuyo encaje con la estructura curricular es objeto de debate, lo mismo que ocurrió, quizá de otro modo, con los temas transversales. Irónicamente, se está convirtiendo en lugar común decir que las competencias son transversales, casi un beso para este relevo de estrellas de la legislación educativa y un buen indicador de cuál ha sido la acepción triunfadora de la estrella que ahora declina.

Permítaseme añadir un último apunte apto para ser leído solamente en las noches de luna llena. El curioso enredo de palabras y metáforas, que envolvió la historia conocida de la transversalidad y en la que luego ella se desenvolvió, puede tener, si así quiere verse, un final feliz e inesperado en forma de paradoja. Así como la gente olvida el paisaje en que vive; señalado, como ya se ha hecho, que el mejor éxito de la transversalidad debe consistir en la creación de un medio ambiente escolar donde se vivan directa y efectivamente actitudes, valores y conductas positivas porque formen parte de la cultura del centro y se hayan incorporado a su cotidianidad, quizá estamos en el camino hacia la transversalidad perfecta, transparente, invisible, pero, (empleando la expresión de Valentín Gavidia) no se puede olvidar su perfume y la deseamos ver integrada en el sistema educativo hasta alcanzar la perfección, la invisibilidad.

■ Referencias bibliográficas

- Bolívar, A. (1993). El desarrollo de las Actitudes. *Aula de Innovación Educativa*, núm. 16-17.
- Bolívar, A. (1996). Non scholae sed vitae discimus: Límites y problemas de la Transversalidad. *Revista de Educación*, núm. 309.
- Coll, C. et. al. (1992). *Los contenidos en la Reforma. Enseñanza y Aprendizaje de Conceptos, procedimientos y actitudes*. Madrid: Aula XXI. Santillana.
- Gavidia, V. (1996). La construcción del concepto de transversalidad. *Aula de Innovación Educativa*, vol 55, pp. 71-77.
- Gavidia, V. (2003). Vida, fulgor y ¿muerte? de la transversalidad. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, nº 17, pp. 75-90.

- Gavidia, V., Aguilar, R. y Carratalá, A. (2011). ¿Desaparecen las transversales con la aparición de las competencias? *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, nº 25, pp. 131-148.
- González Lucini, F. (1993). Educación en valores, transversalidad y reforma educativa. *Signos: Teoría y práctica de la educación*, nº 10, pp. 62-67.
- González Lucini, F. (1994). *Temas transversales y áreas curriculares*. Madrid: Alauda-Anaya.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.
- Ley Orgánica de Educación (LOE). 2006. *BOE* nº 106, de 4 de mayo.
- MEC (1989). *Diseño Curricular Base de Primaria*.
- MEC (1989). *Diseño Curricular Base. Educación Secundaria Obligatoria I*. Madrid.
- M.E.C. (1990). LOGSE. Madrid: Centro de Publicaciones de la Secretaría General.
- MEC (1992). *Proyecto Curricular. Primaria*. Madrid.
- MEC (1992). *Transversales*. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia.
- MEC (1994). *Centros educativos y calidad de la enseñanza. Propuesta de actuación*. Madrid.
- Real Decreto 1006/1991, de 14 de junio, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria.
- Real Decreto 1007/1991 de 14 de junio, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria.
- Real Decreto 1345/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria.
- Reyzábal, M.V. y Sanz, A.I. (1995). *Los Ejes Transversales. Aprendizajes para la vida*. Madrid: Escuela Española.
- Santos Guerra, M.A. (2010). Una pretensión problemática: educar para los valores y preparar para la vida. *Revista de Educación*, 351, enero-abril 2010, pp. 23-47.
- Yus, R. (1993). Las transversales: conocimiento y actitudes. *Cuadernos de Pedagogía*, nº 217, pp. 76-79.
- Yus, R. (1998). *Temas Transversales: Hacia una nueva escuela*. Barcelona: Graó.



Ámbito 1

Promoción de la Salud

Las Escuelas Promotoras de Salud, un entorno para desarrollar competencias y vivir experiencias positivas para la salud: la experiencia de Aragón

Pilar Aliaga^a, Manuel Bueno^a, Elisa Ferrer^a, Javier Gállego^a, José Ramón Ipiéns^a, Carlos Moreno^b, Pilar Muñoz^a, Manuela Plumed^a, Begoña Vilches^a

^a SARES (Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud). Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.

^b Profesor de Educación Secundaria. Miembro de la RAEPS (Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud).

E-mail: jgallego@aragon.es

RESUMEN: La promoción de la salud en el centro educativo integra las cinco estrategias claves propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS): desarrollo de habilidades personales, fomento de la interacción escuela-familia y comunidad, creación de un entorno saludable, reorientación e innovación de las prácticas educativas y mejora de las políticas y normativas escolares. Una Escuela Promotora de Salud es un centro educativo que prioriza en su proyecto educativo la salud y el bienestar de la comunidad educativa y facilita la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud incluyendo el modelo de organización del centro, la actuación frente a los determinantes de la salud (alimentación, actividad física, salud emocional, consumos, ambiente), la programación educativa relacionada con la salud y las relaciones del centro con su entorno y la promoción de las competencias del alumnado basándose en las habilidades para la vida. La organización y funcionamiento de una Escuela Promotora de Salud implica la existencia de un compromiso de centro, un equipo de trabajo, un análisis del contexto, una actuación integrada en la vida del centro y la participación de toda la comunidad educativa.

La Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) reconoce y apoya a los centros que priorizan la salud y el bienestar en su proyecto educativo y fomenta el desarrollo y difusión de buenas prácticas. Los centros acreditados como Escuelas Promotoras de Salud realizan procesos de mejora, innovación e institucionalización de la integración de las dimensiones de salud en el proyecto educativo. Las Escuelas Promotoras de Salud valoran como alto o muy alto la implicación del profesorado (96,1%), la colaboración de las familias (73,4%), la integración en la programación educativa (93,7%) y en la acción tutorial (93,8%), y el desarrollo de habilidades para la vida (88,3%).

La salud y la educación están mutuamente interrelacionadas. El alumnado que tiene unas mejores condiciones de salud y bienestar alcanzan mejores resultados educativos. Un buen desarrollo de las competencias en salud mejora la autonomía del alumnado para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar.

PALABRAS CLAVE: Educación en Salud, Escuelas promotoras de Salud, Promoción de la salud, competencias.

The Health Promoting Schools, an environment to develop competencies and positive experiences for health: the experience of Aragón

ABSTRACT: Promoting Health in the school's five key strategies proposed by the World Health Organization (WHO): development of personal skills, promoting school-family and community interaction, creating a healthy environment, reorientation and innovation educational practices and improving school policies and regulations. A Health Promoting School is a school that gives priority in its educational project health and welfare of the educational community and facilitates the adoption by the entire educational community of healthy lifestyles in a favorable environment to health including model school organization, the action against the determinants of health (diet, physical activity, emotional health, consumption, environment), educational programming related to health and relations of the center with its environment and promoting competencies students based on life skills. The organization and operation of a Health Promoting School implies the existence of a commitment center, a team, a context analysis, an integrated center life performance and participation of the entire educational community.

Red Aragon Health Promoting Schools (RAEPS) recognizes and supports centers that prioritize health and wellness in their educational project and encourages the development and dissemination of good practice. Accredited centers as Health Promoting Schools perform process improvement, innovation and institutionalization of the integration of health dimensions in the educational project. Health Promoting Schools valued as high or very high involvement of teachers (96.1%), collaboration of families (73.4%), integration into educational programming (93.7%) and action tutorial (93.8%), and the development of life competencies (88.3%).

Health and education are mutually interrelated. Students who have a better health and wellness achieve better educational outcomes. A good development of skills in health improves the autonomy of students to achieve better health and wellness.

KEY WORDS: Health Education, Health Promoting Schools, Health promotion, Competencies.

1. Introducción

De acuerdo con los principios establecidos en la Carta de Ottawa (OMS, 1986) a lo largo de los últimos veinte años han ido evolucionando una serie de iniciativas de promoción de salud en la escuela con diversas denominaciones: escuelas saludables, escuelas promotoras de salud, escuelas por la salud, escuelas de salud coordinadas, pero con un denominador común en todas ellas: el enfoque integral de la educación y el reconocimiento de que todos los aspectos vitales que rodean al alumnado de un centro escolar y de su comunidad son importantes para la promoción de la salud del propio individuo, y afectan al propio estado de salud de cuantos lo rodean. Superando así el estricto y limitado planteamiento académico de las instituciones educativas, incluso de campañas o acciones puntuales que bien pudieran ser un medio inicial para poner en marcha un proyecto, pero no un fin en sí mismas; porque si bien la aportación de informaciones y conocimientos resultan de evidente importancia, pueden ser insuficientes a la hora de promover actitudes y conductas saludables que perduren en el tiempo.

Una Escuela Promotora de Salud es algo más que un edificio que alberga a numerosos jóvenes durante unas horas al día, en las que prima el aprendizaje de distintas disciplinas académicas. La Escuela Promotora de Salud pretende, con sus acciones, educar a toda la comunidad educativa en formas de vida sanas, favoreciendo un ambiente de trabajo en el que tengan cabida todos los aspectos relacionados con la promoción de la salud, desde los que son puramente materiales como pudiera ser el edificio y las instalaciones, hasta todos aquellos que interaccionan con las relaciones y desarrollo físico, psíquico y emocional de los escolares.

Siguiendo las conclusiones de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (St Leger et al., 2010), las escuelas saludables crean condiciones favorables para el aprendizaje y la eficacia escolar, favorecen la equidad, la convivencia y la protección del medioambiente, fomentan la participación, consideran la diversidad como un valor positivo, pretenden mejorar continuamente las condiciones de salud mediante la supervisión y la evaluación, tienden a formar equipos multidisciplinares para diseñar los proyectos y el reparto de tareas, participan en programas de promoción de la salud, se coordinan con otras escuelas para poner en común experiencia y trabajo y se integran en el medio social y natural en el que están ubicadas. Sus objetivos siempre se orientan hacia el bienestar y la salud de los estudiantes, sus familias y de toda la comunidad educativa en general.

La interrelación entre la salud y la educación es importante y se trata de potenciar estrategias que busquen su integración en la vida de los centros educativos. De acuerdo con la evidencia disponible (Brooks, 2014), se destacan cuatro conclusiones

que afectan al alumnado: 1) Los que tienen mejores condiciones de salud y bienestar superan con mayor facilidad los objetivos académicos y obtienen mejores resultados. 2) El correcto desarrollo de las competencias y habilidades sociales y emocionales se relaciona directamente con un estado de salud y bienestar más positivo. 3) Un favorable entorno físico y socioeconómico de la escuela influye en la salud, en el bienestar del alumnado y en su óptima disposición para el aprendizaje. 4) Existe una relación directa entre la práctica de actividades físicas y deportivas y los correspondientes resultados académicos.

■ 2. La experiencia europea y latinoamericana de promoción de salud en la escuela

El enfoque de Escuela Promotora de Salud tiene su origen en el movimiento de promoción de la salud que considera que la salud se mejora en “aquellos lugares donde las personas viven y conviven...” (OMS, 1986). La estrategia de promoción de salud en los diferentes escenarios, como las ciudades, los lugares de trabajo y los centros educativos ha sido promovida por la OMS para poner reforzar la influencia de los determinantes sociales de la salud y la responsabilidad de todos los sectores para desarrollar una sociedad saludable y equitativa.

En 1995 la OMS lanzó la Iniciativa de *Salud Escolar Global* para fortalecer las actuaciones de educación y promoción de la salud en la comunidad educativa mediante el desarrollo de las escuelas promotoras de salud. El movimiento de *Escuelas Promotoras de Salud* surge en Europa en 1991 con la *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS)* promovida por la OMS, el Consejo de Europa y la Unión Europea. Actualmente en Europa y siguiendo la herencia de la REEPS se ha desarrollado la *Red de Escuelas para la Salud en Europa* (Schools for Health in Europe network -SHE-). Tiene como finalidad apoyar a organizaciones y a profesionales en el desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela en todos los países. La *Red de Escuelas para la Salud en Europa* se centra en hacer de las escuelas promotoras de salud y de la salud escolar una parte más integrada en las políticas que se desarrollan entre los sectores educativo y sanitario en Europa, así como elaborar herramientas para los centros educativos como el manual online SHE (Safarjan, Buijs y Ruiters, 2013).

La Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), ha desarrollado actuaciones de salud en el ámbito escolar articulando tres componentes principales: a) Educación para la salud con enfoque integral; b) Creación y mantenimiento de entornos y ambiente saludables; c) Provisión de servicios de salud, alimentación sana y vida activa.

En Europa, la Declaración de Odense (4ª Conferencia Europea de la *Red Europea de Escuelas por la Salud* de 2.013) ha reforzado los valores (tabla 1) y principios (tabla 2) de las escuelas promotoras de salud que promueven una intervención global, ajustada a las necesidades y recursos de cada comunidad educativa, promoviendo la coordinación entre los sectores de salud y educación. Asimismo, el Grupo Europeo de Investigación de la Red de Escuelas por la Salud (Schools for Health Research Group) promueve un marco global que tiene en cuenta un enfoque integral que tiene en cuenta los aspectos personales, sociales y ecológicos para la promoción de la salud y el desarrollo sostenible (Simovska y Mannix-McNamara, 2015).

Tabla 1. Valores de las escuelas promotoras de salud

<ul style="list-style-type: none"> • Equidad, porque su labor repercute en la reducción de desigualdades.
<ul style="list-style-type: none"> • Sostenibilidad, porque reconocen la necesidad de entrelazar la salud, la educación y el desarrollo de manera duradera.
<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión, porque aprovechan la diversidad y fomentan las buenas relaciones de la comunidad educativa.
<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento, porque buscan la participación y la capacidad de acción de todos los miembros de la comunidad escolar.
<ul style="list-style-type: none"> • Democracia, porque ponen en práctica el ejercicio de los derechos y la asunción de responsabilidades.

Tabla 2. Pilares de las escuelas promotoras de salud

<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque global de la salud en la escuela. Hay una coherencia entre las políticas escolares y la práctica, visible por la inclusión de la educación y promoción de la salud tanto en el currículo como en el resto de actividades del centro.
<ul style="list-style-type: none"> • Participación. El sentido de pertenencia a la escuela del alumnado, del profesorado y de las familias es fomentado a través de la participación y el compromiso significativo, que es un requisito previo para la efectividad de las actividades de educación y promoción de la salud en las escuelas.
<ul style="list-style-type: none"> • Calidad educativa. En un clima saludable, el alumnado aprende mejor y el profesorado trabaja con una mayor satisfacción profesional y busca los mejores procesos de enseñanza-aprendizaje, que favorezcan la consecución de sus metas educativas.
<ul style="list-style-type: none"> • Relación con la comunidad. Se establece una colaboración y un compromiso con la comunidad de su entorno para ratificar sus fortalezas, facilitar informaciones y reforzar actitudes y habilidades relacionadas con la salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia. La educación y promoción de salud en la escuela se fundamentan en la investigación y en la evidencia existente sobre su puesta en práctica.

■ 3. Escuela Promotora de Salud y desarrollo de competencias

Una escuela saludable es aquella donde se aprenden competencias para gestionar la salud y se viven experiencias coherentes con la misma. La finalidad de una escuela saludable es dotar de valores, habilidades, y motivaciones para promover la salud y el bienestar del alumnado, es decir tiene una relación directa con el desarrollo de las competencias básicas que permitan disfrutar de una salud entendida como una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa. Esta definición de salud refrendada en la Ley de Salud Pública española (Ley 33/2011), amplía el concepto propuesto por la OMS como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y considera que la salud no es una finalidad en si misma sino un recurso para la vida.

Una escuela saludable no es sólo un centro educativo que facilita una educación para la salud de calidad, adecuada al contexto y participativa, también promueve un entorno y clima escolar positivo y unas buenas relaciones con las familias y el entorno del centro. Es decir, desarrolla un aprendizaje saludable en unas condiciones favorables para la maduración armónica de los escolares y de la comunidad educativa.

El enfoque de educación para la salud está ligado al desarrollo personal y social del alumnado, que tiene que ver con valores y actitudes positivas así como con la puesta en práctica de las habilidades para la vida. La educación para la salud es aprender a cuidar de uno mismo, aprender a cuidar de los demás y aprender a cuidar del entorno. Este planteamiento significa un proceso que tenga en cuenta la dimensión personal, relacional y ambiental tanto en el curriculum explícito como en el curriculum *oculto*, aquel aprendizaje que emana de las vivencias de la cultura organizativa, las relaciones y el entorno del centro. El aprendizaje está relacionado con poner en práctica los conocimientos sobre la salud en el contexto y vida cotidiana del alumnado, promoviendo una reflexión y maduración crítica de la propia realidad. Los contenidos conceptuales sobre la salud, incluidos en el curriculum, se tienen que contextualizar con la dimensión personal, motivación, autoestima, autocuidados; con la dimensión relacional, convivencia, interacción, pertenencia; y con la dimensión ambiental, del entorno físico, sociocultural y mediático. Este enfoque permite un acercamiento basado en la experiencia que permite combinar un aprendizaje individual y grupal utilizando metodologías cooperativas, que facilita el desarrollo de competencias en el ambiente protegido y seguro del centro educativo. Por tanto, un centro educativo saludable proporciona un aprendizaje rico en experiencias adaptado a su alumnado y también ofrece un entorno y un clima escolar positivo que facilita su desarrollo personal y social (Figura 1).

Figura 1. Salud y desarrollo de competencias



Es decir la educación sobre alimentación saludable tiene que hacerse en un contexto donde las vivencias relacionadas (comedor, almuerzo, celebración de cumpleaños,...) sean coherentes con la salud. De la misma manera, el aprendizaje de las habilidades sociales y emocionales no solo se enseña en unas determinadas horas, sino que se practican de manera cotidiana por la comunidad educativa.

Una escuela saludable se caracteriza por presentar un contexto positivo que ofrece una educación inclusiva y que tiene unas altas expectativas de su alumnado para lograr unos buenos resultados educativos.

La Escuela Promotora de Salud desarrolla un enfoque integral de acuerdo con el modelo de activos en salud que han propuesto Morgan y Ziglio (2007). Activo para la salud es “cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones a mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud”. Un centro educativo puede promover los activos facilitando la participación de toda la comunidad educativa, facilitando la conexión entre el profesorado y su

alumnado, desarrollando las fortalezas y habilidades personales, potenciando la interacción y el aprendizaje entre iguales y construyendo un entorno saludable que facilite el crecimiento armónico de la infancia y adolescencia integrando los objetivos relacionados con los logros académicos con los del desarrollo personal y social del alumnado.

■ 4. Funcionamiento y Organización de una Escuela Promotora de Salud

Para llevar a cabo los planteamientos de escuela promotora cada centro tiene que organizarse internamente para dar la respuesta más adecuada a la comunidad educativa dentro de su proyecto educativo.

4.1. Ámbitos de la Escuela Promotora de Salud

Las áreas de actuación que un centro educativo promotor de la salud puede desarrollar son las siguientes (Leger et al., 2010):

Políticas escolares saludables

Los proyectos de salud de los centros escolares deben apoyarse en las políticas que promuevan el bienestar y la salud de la comunidad. Unas veces adoptando los acuerdos nacionales o locales relacionados con temas concretos (alimentación saludable, acoso escolar, violencia de género...) y otras, en todo lo que se refiere a las condiciones del proceso enseñanza-aprendizaje y que afectan a la vida cotidiana de la escuela (número de alumnos por aula, horario lectivo, oferta de materias académicas...).

El entorno físico de la escuela

Los espacios escolares en los que se desarrollan las actividades académicas de un centro escolar deben ser suficientes y reunir los requisitos básicos de seguridad, higiene y ausencia de elementos contaminantes y barreras arquitectónicas. Es tarea de todos los miembros de la escuela saludable procurar que este entorno sea el adecuado, se cuide y resulte favorable para el desarrollo de las actividades educativas.

El entorno social de la escuela

Viene determinado por las relaciones interpersonales y relacionales entre los miembros de la comunidad educativa: alumnado, profesorado, personal no docente y padres. Favorece el bienestar saludable la existencia de buenas relaciones entre todos, que no se limiten a unas relaciones convencionales, sino que estimulen la participación y se elimine cualquier tipo de discriminación.

Ámbito 1: *Promoción de la salud*

Habilidades de salud individuales y competencias para la acción

La Escuela Promotora de Salud integra sus objetivos en el currículum académico y en el Proyecto Educativo de centro. Bien sea de forma transversal en diferentes materias o en tiempos y actividades creados a tal efecto, tales como tutorías, seminarios, talleres, actividades extraescolares, fiestas... De esta forma, se estimula la creación de buenos hábitos y habilidades que permitan al alumnado ser constante y eficaz en sus tareas, protegerse de riesgos y adicciones, incrementar la autoestima personal y el conocimiento de sí mismo, mejorar las habilidades sociales, ser tolerante ante las frustraciones, tener una alimentación equilibrada y disfrutar con la actividad física y cuantos estímulos mejoren su dimensión emocional.

Vínculos con la comunidad

Las Escuelas Promotoras de Salud no pueden estar aisladas de todo lo que les rodea. Además de las interrelaciones entre alumnado, profesorado y padres, resulta necesaria la relación con el entorno, especialmente conviene una buena sintonía con los servicios sociales del barrio o localidad. La escuela saludable se extiende fuera del recinto escolar, dando paso a proyectos en los que tienen cabida otros componentes sociales que comparten un mismo hábitat.

Servicios de salud

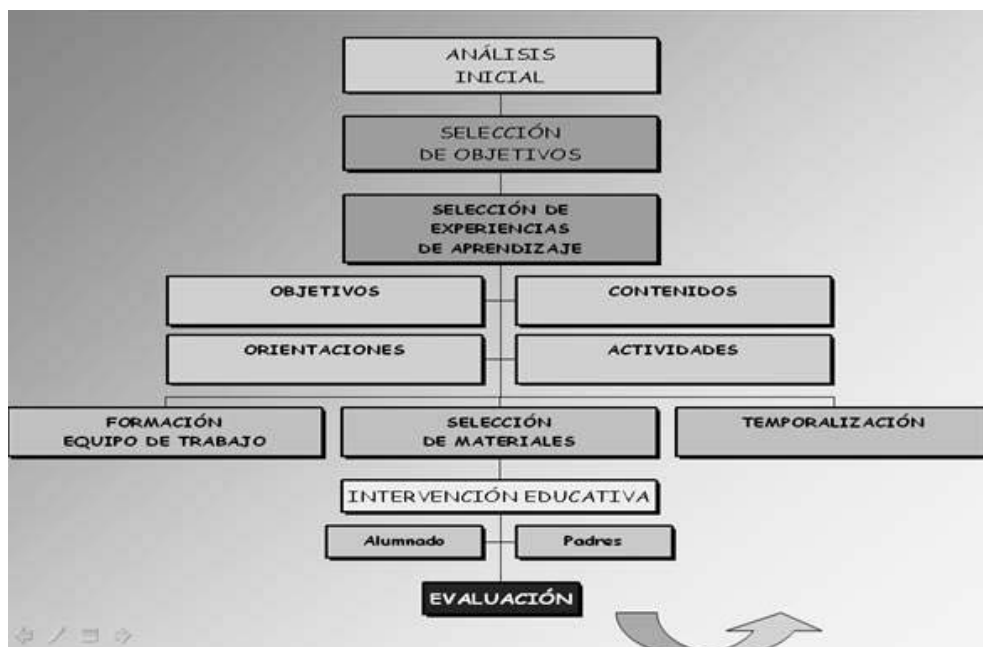
Las Escuelas Promotoras de Salud deben tener especial relación con estos servicios de su entorno. Es conveniente que en los proyectos de estas escuelas saludables participen profesionales sociosanitarios de los servicios de salud, que pueden aportar su conocimiento y experiencia para aplicarlo a la práctica educativa. Aunque los cometidos laborales o roles profesionales estén diferenciados, al trabajar con el mismo grupo de población en un mismo lugar, se incrementa la eficacia de cualquier proyecto que se coordine y permita aunar esfuerzos.

4.2. Organización de una Escuela Promotora de Salud

Una Escuela Promotora de Salud utiliza una metodología didáctica activa y participativa o cooperativa. Parte de un análisis inicial que descubre y prioriza aquellos aspectos que confieren vulnerabilidad al alumnado, distanciándolo de un estado óptimo de bienestar y salud, así como aquellos activos para la salud y recursos de la comunidad educativa; selecciona los objetivos para paliar las deficiencias detectadas; selecciona las experiencias de aprendizaje que pueden ser válidas para la intervención educativa, incluyendo objetivos específicos, orientaciones, contenidos y actividades a desarrollar; se apoya en un equipo de trabajo, a ser posible multidisciplinar,

para seleccionar los materiales didácticos que se van a utilizar y se temporaliza la intervención educativa, que puede realizarse con el alumnado de forma transversal en varias áreas didácticas, en sesiones de tutoría, en actividades extraescolares... y con los padres en seminarios, cursos, encuentros y actividades. Finalmente, la evaluación de lo realizado nos permite volver al análisis inicial y replantear algunos de los objetivos y estrategias didácticas (Figura 2).

Figura 2. Programación de una Escuela Promotora de Salud



La Escuela Promotora de Salud siempre persigue incrementar las habilidades personales para la vida¹, los factores de protección y la adquisición de competencias que pretendemos que desarrollen los jóvenes. No se trata de utilizar una metodología que realice un recorrido por unos temas aislados, a modo de asignatura académica, sino de establecer una conexión entre los mismos que esté, además, enmarcada en su propia realidad y contexto social.

1 *Habilidades para la vida*. OMS. 1993. (Autoconocimiento, empatía, asertividad, relaciones interpersonales, toma de decisiones, resolución de conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, control de las tensiones y el estrés).

Una Escuela Promotora de Salud necesita una organización mínima para que pueda ponerse en marcha, realizar su tarea y cumplir los objetivos propuestos. El primer paso es la formación de un equipo que elabore el proyecto, gestione los contactos necesarios, coordine las tareas e impulse las actividades a realizar. Dentro de este equipo, es indispensable que alguien realice la función de coordinador del mismo, puede ser miembro del equipo directivo, del departamento de Orientación o cualquier profesor. Este coordinador puede ser el armonizador del equipo y, además, la persona encargada de ponerse en contacto con el exterior del centro escolar. De esta forma, se puede llegar a establecer una coordinación con otros estamentos sociales de la misma zona: Centro de Salud, familias... Con la posibilidad de formar de manera estable un equipo multiprofesional en el que, además de los profesores del Centro Escolar exista la participación de profesionales sociosanitarios (Tabla 3).

Tabla 3. Funciones del coordinador de Escuela Promotora de Salud (IES Miguel Servet de Zaragoza)

La coordinación del equipo de profesores del proyecto de educación para la salud.
La coordinación con el equipo directivo del centro.
Elaboración de los borradores de proyectos y escritos.
Elaborar el borrador del presupuesto económico anual y realizar la justificación de las subvenciones en coordinación con el Secretario del Centro. Procurar fondos para actividades no subvencionadas.
Mantener contactos con Educación y Salud Pública.
Realizar los calendarios de las intervenciones y actividades en conexión con el Departamento de Extraescolares y Jefatura de Estudios.
Mantener una reunión inicial con los profesores nuevos en el centro y asesorarles en la metodología y funcionamiento del Proyecto.
Mantener reuniones o contactos con los tutores para preparar, revisar o modificar las actividades previstas.
Proveer y/o preparar los materiales necesarios para las distintas actividades, procurar la participación de otros compañeros de distintos Departamentos.
Seguimiento de las diferentes actividades que se realizan.
Supervisar las diferentes evaluaciones de las actividades informando a los miembros del equipo de trabajo y a los tutores del ciclo correspondiente.
Intervenir, cuando lo solicite algún tutor, en algunas sesiones de tutoría con alumnos sobre temas puntuales.
Proponer y coordinar las reuniones con padres.
Realizar el borrador de la Memoria anual de las actividades.
Realizar la difusión interna de las actividades realizadas (carteles, comunicación padres...).
Favorecer la difusión externa del proyecto y de algunas actividades (blog y web del centro).

Todas estas orientaciones concuerdan con los ocho factores clave identificados por Samdal y Rowling (2013) que influyen en la implementación de la escuela promotora de salud: 1) Planificación y equipo de trabajo, 2) Integración e institucionalización, 3) Desarrollo profesional del profesorado, 4) liderazgo y gestión, 5) apoyo al contexto organizativo y relacional, 6) participación del alumnado, 7) colaboración y trabajo en red, y 8) sostenibilidad de las actuaciones.

4.3. Factores condicionantes de una Escuela Promotora de Salud

Para que exista la posibilidad de crear estos equipos resulta necesaria una mínima disponibilidad horaria, al menos de las personas que realicen la coordinación. Por tanto, cada centro escolar y cada centro de salud, debería favorecer en su horario a los profesionales implicados en este cometido para que exista un compromiso real con los objetivos propuestos como Escuela Promotora de Salud y evitar el voluntarismo y la improvisación que, si bien pudieran propiciar la realización de actividades saludables, se corre el riesgo de carecer de continuidad en el proyecto, originando a veces el efecto contrario a los objetivos propuestos.

Si la disponibilidad de estos recursos humanos es indispensable, también lo es disponer de unos recursos económicos mínimos que doten de autonomía al proyecto. De esta forma se evita ser una carga económica para los centros escolares, que en las situaciones actuales pueden considerar inviable la pervivencia del proyecto. Estos recursos económicos se deben determinar desde las Consejerías de Educación y de Salud, con el compromiso y seguimiento de los proyectos.

Ante las dificultades que las escuelas y los servicios de salud tienen para poner en práctica su proyecto de promoción de la salud, se deben realizar acciones prioritarias que favorezcan su puesta en marcha y eliminen barreras:

- Reconocimiento y apoyo de las administraciones educativas y sanitarias del carácter educativo y saludable de las Escuelas Promotoras de la Salud.
- Incremento de los recursos humanos que favorezcan la disminución de la ratio en las aulas y una mejor atención sanitaria (profesorado, orientación escolar, personal sanitario, trabajador social).
- Incremento de los recursos financieros, que permitan el desarrollo de programas y actividades específicas.
- Potenciar los tiempos de encuentro entre profesorado, alumnado y padres por medio de las tutorías.

- Formación del profesorado relacionada con la salud en el ámbito escolar.
- Creación, con disponibilidad horaria, de la figura de un coordinador del proyecto en cada centro educativo.
- Favorecer la coordinación entre los profesionales sociosanitarios de una zona, barrio o localidad, así como su conexión con el resto de grupos sociales (asociaciones vecinales, servicios sociales municipales, organizaciones no gubernamentales...).

■ 5. La Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS)

La *Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud* (RAEPS) iniciada en 2009, ha pretendido desde su origen ser una iniciativa innovadora e introducir nuevas ideas y enfoques basados en la evidencia y la calidad en promoción de salud escolar. La RAEPS ha servido para integrar las iniciativas y trayectoria de promoción de salud en los centros educativos. La red sigue los principios de la *Red de Escuelas para la Salud en Europa* y de la *Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud*. Durante el curso 2013-14 estaban integrados 134 centros educativos que imparten educación primaria y secundaria de Aragón, en torno al 25% del total de los centros.

5.1. La acreditación de escuelas promotoras de salud

La RAEPS ha establecido un sistema de acreditación para que los centros educativos sean reconocidos como Escuela Promotora de Salud adaptando otros modelos existentes (OPS, 2006; UK; Suiza). implica, por una parte, trasladar a los centros escolares los valores y pilares establecidos en la *Red de Escuelas por la Salud* como modelos de buena práctica, y por otra, establecer criterios de calidad que permitan evaluar la experiencia y mejorarla, tanto desde el punto de vista del centro como del de la Red.

Los requisitos para acceder a la acreditación exigen en cada centro un proceso sistemático de trabajo conjunto, una evaluación de diferentes determinantes, una planificación, un desarrollo y una puesta en marcha de iniciativas que respondan a dicho análisis, y afecta, por tanto, a factores ligados a: a) El modelo de organización del centro, b) la actuación frente a los determinantes de la salud, c) la programación educativa relacionada con la salud, d) las relaciones del centro con su entorno y e) la promoción de las competencias del alumnado basándose en las habilidades para la vida. En resumen, establecer un proceso de este tipo pretende:

- Ofrecer un modelo de buena práctica en educación para la salud.
- Presentar instrumentos que mejoren la calidad de las acciones en promoción de la salud.

- Reconocer el trabajo en equipo y motivar iniciativas de centro ligadas a la promoción de la salud.
- Potenciar la colaboración del centro con otros agentes comunitarios.
- Desarrollar una cultura de evaluación y mejora continua en educación para la salud.

En Aragón, la acreditación de un centro educativo como Escuela Promotora de Salud puede solicitarse por cualquier centro educativo sostenido con fondos públicos que imparta enseñanzas de educación primaria, secundaria o educación especial, así como los centros públicos de educación de personas adultas.

Para ello el instrumento que se proporciona es un Cuestionario de acreditación que tiene por finalidad recoger información clave para el proceso de acreditación de Escuela Promotora de Salud (EPS). Para el centro es un proceso de autoevaluación para determinar el grado de desarrollo de los criterios de una EPS. Los acreditadores incluyen él los criterios que vayan validando (o no), justificando el cumplimiento (o no) de dichos criterios. Además los centros presentan un análisis de situación en relación con la salud y otra información complementaria. La evaluación de la documentación presentada y la propuesta de selección de los centros educativos a acreditar la realiza una comisión de evaluación integrada por los miembros del Departamento de Sanidad y el Departamento de Educación del Gobierno de Aragón.

Entre los diferentes criterios que se evalúan para otorgar la acreditación como Escuela Promotora de Salud, tienen la consideración de obligatorios los siguientes requisitos:

1. Compromiso del centro para permanecer como Escuela Promotora de Salud, manteniendo el adecuado nivel de actividad, por un periodo de tres años renovable. Este compromiso debe ser apoyado por el Claustro de Profesores y por el Consejo Escolar.
2. Integración de la educación y promoción de la salud en la dinámica del centro. Supone una reflexión sobre la práctica educativa realizada, un análisis de las necesidades y problemas de salud de la comunidad escolar y una propuesta de actuaciones coherentes. El centro debe potenciar la educación y promoción de la salud en el curriculum escolar de manera estable y continuada de acuerdo con las necesidades identificadas, y promover la creación de entornos saludables en el medio educativo. La integración debe estar recogida en los documentos de organización y funcionamiento del centro (Proyecto Educativo de Centro, Programación General Anual y en el Proyecto Curricular). El centro educativo tiene que poseer una experiencia previa de promoción de la salud, al menos durante el curso escolar anterior.

3. Formación de un equipo de trabajo con una persona responsable de la coordinación. Al ser la salud un área transversal, es necesario el apoyo del equipo directivo y la creación de un equipo de trabajo que impulse la actuación educativa en todo el centro. Es importante definir la implicación del profesorado y los diferentes niveles (ciclos, departamentos, tutorías, etc.). Al menos un 25% del profesorado y del alumnado del centro deben estar implicados en las actuaciones de promoción de la salud.
4. Interacción del centro con su entorno. Se potencian los cauces de colaboración e implicación de profesionales sociosanitarios y de los centros y servicios del entorno escolar.
5. Sistemática de evaluación y calidad de las actuaciones. El centro educativo valora los procesos y resultados realizados de promoción de la salud y su integración en el sistema de evaluación del centro. El centro participará en las acciones de seguimiento e intercambio de experiencias que se desarrollen por los departamentos competentes en materia de sanidad y de educación.

El centro educativo reconocido como Escuela Promotora de Salud recibe una acreditación por tres cursos escolares, al final de cada uno elabora un informe anual de progreso donde se comunican los cambios realizados en las actividades desarrolladas y se autoevalúan los resultados. El seguimiento lo realiza el equipo SARES (Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación Para la Salud) de Salud Pública con los responsables del Departamento de Educación de la provincia correspondiente. La Red promueve el intercambio de experiencias en las jornadas anuales, favorece la difusión de las buenas prácticas al resto de centros educativos y reconoce al profesorado los procesos de formación realizados.

5.2. Valoración de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS)

La evaluación del desarrollo de las Escuelas Promotoras de Salud tiene como objetivos: Valorar el grado de integración y sostenibilidad de la estrategia de escuelas promotoras de salud en la organización y programación de los centros acreditados en la RAEPS, y determinar el nivel de intervención de las escuelas promotoras de salud sobre los determinantes de la salud priorizados (alimentación, actividad física saludable, salud emocional y convivencia, consumos de sustancias y pantallas, entorno saludable y seguro).

Analizamos a continuación algunos aspectos con la información proporcionada por los informes de progreso de las escuelas promotoras de salud del curso 2013-14.

A. Organización y gestión del centro

Implicación del profesorado en las actuaciones de salud en el centro

La implicación del profesorado en las actuaciones de salud se considera alta en un 70,3% de los centros y muy alta en un 25,8%, lo que permite el desarrollo de las actuaciones como un proyecto común. En los centros grandes es más compleja la comunicación, organización e implicación de todo el profesorado. Además del claustro está implicada la Comisión de Coordinación Pedagógica, los coordinadores de etapa, ciclo y niveles y los departamentos didácticos. La comisión de salud planifica en las diversas programaciones las actuaciones propuestas integrando en el currículo de cada nivel y participando activamente en el desarrollo de las mismas. La participación de los tutores y profesores especialistas (educación física) es buena, aunque no formen parte de la comisión de salud. También es considerable la implicación del personal no docente: auxiliares, personal de servicios, en especial los monitores de comedor.

Funcionamiento del equipo de salud del centro

El equipo de salud es el que articula la integración como EPS. Su composición es variable en función de las características del centro (coordinador de EPS, equipo directivo, coordinadores de ciclo, representantes de Departamento). Además del profesorado pueden participar otros componentes: 43% familias, 38% alumnado, 37% personal no docente, 15% sanitarios del centro de salud y un 16% profesionales de otras entidades comunitarias. Los sistemas de comunicación y frecuencia de las reuniones de equipo suelen ser trimestrales o mensuales, existiendo buena disponibilidad y organización del centro, y utilización de las TIC como herramienta de coordinación. El funcionamiento del equipo se considera muy alto en un 17,2% y alto en un 74,2% de los centros.

Implicación de las familias en las actuaciones de promoción de la salud

Su implicación varía según la realidad de los centros (dispersión geográfica, diferencias culturales, barrera idiomática, incompatibilidad por horarios laborales). En un 73,4% de los centros se considera alta o muy alta. La colaboración es más cercana en educación infantil y primeros cursos de primaria. La participación de las familias es importante a partir de los cauces establecidos como reuniones, tutorías, jornadas de convivencia... Además de la colaboración de las AMPAS, hay colaboración activa de familias voluntarias, personas mayores, padres y madres especializados en temas concretos de salud, representantes de familias dentro del Consejo Escolar. Esta colaboración ha permitido el progreso en numerosos aspectos de salud (alimentación, práctica actividad física, higiene...).

B. Programación educativa del centro

Integración de la educación para la salud en las diferentes áreas y materias y en la Acción Tutorial

El grado de integración de los aspectos de salud en las diferentes áreas y materias es alto, 82%, y muy alto en 11,7% de los centros. Teniendo en cuenta un enfoque transversal que facilita la colaboración entre las diversas áreas promoviendo proyectos globalizados, los contenidos de salud están integrados en el currículo, en la Programación General Anual, en el Proyecto Curricular de Centro y en las programaciones de aula y forman parte de la vida cotidiana del alumnado y de la dinámica del centro, tanto en las actividades dentro del aula como fuera (recreos, almuerzos, celebraciones, actividades complementarias).

En Educación Primaria la integración de estos proyectos se relaciona principalmente con las áreas de Conocimiento del Medio y Educación Física, y también en Lengua y Educación Artística, predominando un enfoque globalizador con el trabajo conjunto de los profesores tutores y especialistas. En la Educación Secundaria las áreas más implicadas son Biología, Ciencias Naturales, Educación Física y también Ciencias Sociales, Lengua e idioma. En ocasiones se promueven Proyectos de Centro para profundizar en determinados aspectos, como la actividad física, y se organizan actividades directas y aplicadas como talleres. En Educación Especial los contenidos de salud se integran de forma sistemática en el curriculum en lo relativo a autonomía personal, participación en el medio, Psicomotricidad y Educación Física.

La integración de la EPS en el Plan de Acción Tutorial (PAT) se considera alta o muy alta en un 93,8% de los centros, integrando aspectos de salud que tienen que ver con el desarrollo personal y social del alumnado. Se destaca la importancia de su relación con la Programación General Anual y programaciones del centro.

En Educación Secundaria la integración en el PAT es fundamental para motivar a los tutores y facilitar las sesiones de tutoría, coordinando aspectos relacionados con educación en valores, habilidades para la vida, promoción de la convivencia, educación emocional y hábitos saludables. El Departamento de Orientación facilita que los tutores lleven a la práctica lo programado de acuerdo a los contextos de los diferentes grupos. En los centros de Primaria la implicación del tutor es importante en los diversos ciclos, se realiza en la práctica del aula aunque no haya asignado un tiempo específico.

El tutor es la figura clave para analizar la situación del grupo y la atención individualizada en relación con los aspectos de salud y, en general, tienen una valoración

positiva de los materiales que se proporcionan de manera institucional (Gobierno de Aragón y Ayuntamiento de Zaragoza, entre otros) porque son adaptables a la dinámica de la acción tutorial. Se destaca la importancia de la participación del alumnado en el desarrollo de proyectos que aumentan su motivación y les permite “sentirse importantes” y en algunos centros existe implicación de las familias en la acción tutorial.

Desarrollo de las habilidades para la vida del alumnado en la experiencia de Escuela Promotora de Salud

Las sesiones de tutoría son el espacio privilegiado para el desarrollo de habilidades, también se trabajan en el Plan de Convivencia, utilizando la mediación entre iguales y actividades internivelares, fomentando la implicación y participación activa del alumnado. Las EPS valoran positivamente los logros alcanzados, valorando como alto o muy alto en un 88,3% de los centros el desarrollo de estas habilidades. Existe una mejora progresiva que está condicionada por el proceso de maduración del alumnado. Los aspectos cognitivos son los primeros que se trabajan para que sean aplicados en el contexto de la vida diaria del alumno, ganando en capacidades de autonomía, autoconocimiento y reflexión. Sin embargo, en la etapa de la adolescencia, se detectan dificultades para interiorizar de estas habilidades.

C. Actuación sobre determinantes de la salud

Promoción de actuaciones dirigidas hacia una alimentación saludable

La alimentación es una de las áreas más priorizadas y en la que se realizan numerosas actividades. Dentro del curriculum se aborda en Conocimiento del Medio, Biología y Educación Física principalmente. También esta presente en la acción Tutorial, especialmente en Secundaria. Por otra parte, se plantean diversas ocasiones para vivir en el centro una buena alimentación: Desayuno Saludable; Almuerzo Saludable; participación en el Plan de Fruta; celebración de cumpleaños; y en las actividades de convivencia (excursiones, salidas,...). Se refuerza la actuación en el comedor escolar, promoviendo una dieta equilibrada y la implicación de las monitoras del comedor. Además de estas actuaciones, en las EPS se realizan: talleres de cocina y elaboración de recetas saludables, fomentando los productos locales y de temporada; aprovechamiento didáctico de los huertos escolares; participación del alumnado en: valoración de menús semanales, análisis de etiquetado, pirámides de alimentación, presentaciones audiovisuales, teatro, actividades gráficas (carteles, murales, folletos), videos; análisis crítico de la comida rápida y el consumo de refrescos azucarados.

Fomento de una actividad física favorable a la salud

La actividad física en la EPS se encuentra en un altísimo grado de integración, por su posibilidad de utilizar espacios de tiempo diferentes (área de Educación Física, recreo, actividades lúdicas, extraescolares y entornos adecuados). Los centros de ámbito rural incrementan la variabilidad para realizar diferentes actividades. En un 46% de los centros se promueven los “recreos activos” con diversas propuestas, se promueven juegos cooperativos internivelares. Se favorecen los desplazamientos activos anuales en un 26% de los centros y la colaboración con las AMPAS y la coordinación con el departamento de extraescolares favorecen la continuidad de las propuestas de actividad física. En los colegios de Educación Especial, el desarrollo de la actividad física se refleja en una mejora de la Psicomotricidad.

Mejora de la salud emocional y convivencia escolar

La salud emocional y la convivencia es uno de los aspectos prioritarios en los centros educativos. En las EPS se desarrollan numerosas iniciativas para promover un buen clima de clase mediante las habilidades sociales, la inteligencia emocional y la mejora de la autoestima a través del control de emociones, la resolución de conflictos, la relajación y la creación de un ambiente de respeto y diálogo. Las estrategias de mediación y del alumno mediador o ayudante se están incorporando a la dinámica de los centros.

Promoción de la salud frente a los consumos de sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas) y de pantallas

La prioridad en este área consiste en comenzar las actuaciones desde edades tempranas e intensificarlas en tercer ciclo de Primaria y Educación de Secundaria. Los centros consideran que el trabajo educativo es mayor en estas etapas tan determinantes, ya que el entorno social promueve los consumos (tabaco, alcohol, pantallas...). Se realizan actuaciones como talleres preventivos, elaboración de campañas, realización de anuncios, elaboración de decálogos de buenas prácticas y escuelas de padres y madres. Se utilizan diferentes recursos institucionales y existe colaboración con distintas entidades.

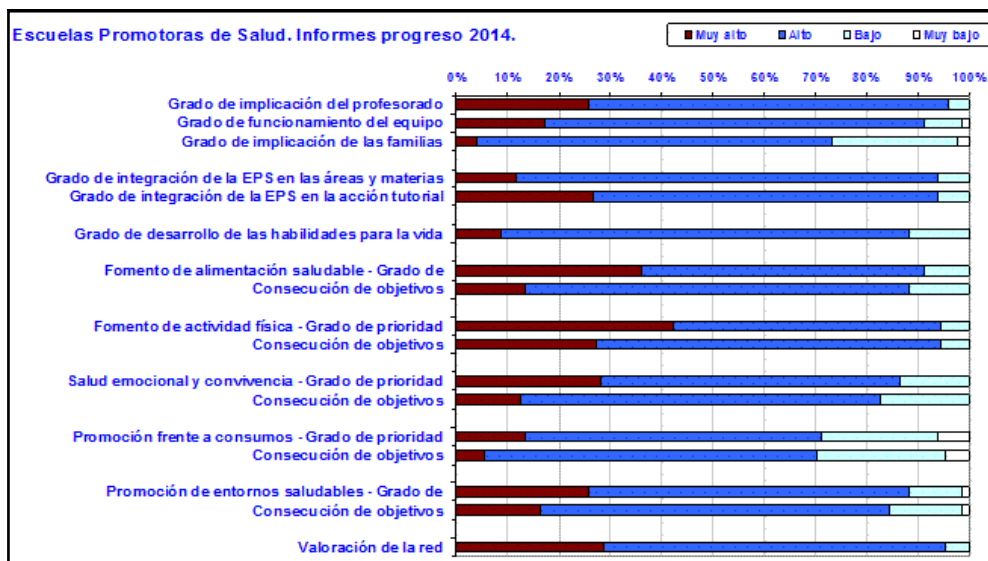
Promoción de un entorno educativo saludable, seguro y respetuoso con el medio ambiente

El respeto y cuidado del medio ambiente es uno de los aspectos prioritarios para los centros, comenzando por el entorno más próximo (aulas, pasillos, patios, comedores...) en los que resulta indispensable la seguridad e higiene.

Algunos centros tienen comisión de medioambiente y otros participan en la Agenda 21. A esto se añaden actividades como: Talleres sobre Medio Ambiente, uso de

contenedores específicos y aprendizaje del reciclado, fomento de “huertos escolares”, limpieza y organización de la escuela y entorno, consumo responsable de agua y reducción de barreras arquitectónicas.

Tabla 4. Resultados del informe de progreso de 2014



6. Conclusiones

El enfoque de Escuela Promotora de Salud permite que el centro educativo oriente su intervención sobre las cinco áreas clave de la promoción de la salud: desarrollo de habilidades personales, potenciar las relaciones escuela-comunidad, crear entornos favorables, integrar la salud y bienestar con el logro de los objetivos académicos, y mejorar la organización y las normativas internas. El desarrollo de las competencias en salud del alumnado necesita de una actuación integrada y continuada a lo largo de la educación obligatoria dentro de un contexto positivo del centro que garantice unas experiencias de aprendizaje coherentes en la vida cotidiana del centro y su interrelación con el entorno. Para lograrlo es fundamental la implicación del equipo directivo, del claustro y de todo el personal del centro educativo.

La evidencia disponible demuestra una sólida interrelación entre salud y educación. El nivel educativo es un factor que mejora la salud y la expectativa de vida, también el alumnado que goza de una buena situación de salud y calidad de vida está

en condiciones de conseguir mejores resultados educativos, contribuyendo a reducir el impacto de las desigualdades sociales. El aprendizaje de las competencias sociales y emocionales, asociadas a los contenidos transversales del currículum, mejora la gestión de la salud y el logro de los resultados académicos. La creación de entornos positivos en los centros educativos, tanto físicos como sociales, facilita los aprendizajes y la salud y bienestar del alumnado.

La coordinación entre salud y educación es clave para favorecer las condiciones y políticas públicas que faciliten a los centros educativos integrar las dimensiones de la salud y el bienestar de la comunidad educativa en sus respectivos proyectos educativos. La cooperación entre los sectores de educación y salud tiene que realizarse teniendo una visión estratégica sobre los intereses y objetivos comunes que pueden lograrse en el medio y largo plazo para mejorar los resultados educativos y el aprendizaje a lo largo de la vida y potenciar el nivel de salud y bienestar que promueva una mayor autonomía y competencias sobre la salud personal y colectiva.

El alumnado de educación primaria y secundaria tiene el derecho a vivir su escolaridad en un entorno que mejore su aprendizaje y promueva su salud y bienestar. Eso implica que cada centro educativo haga suyo un enfoque de Escuela Promotora de Salud, de carácter integral y tenga la capacidad para ponerlo en práctica en el contexto y la realidad social donde está integrado. Para ello es necesario un sistema de reconocimiento y apoyo, que fomente la innovación y el cambio para convertir los centros educativos en escuelas promotoras de salud, eso supone facilitar la formación al profesorado y a otros profesionales sanitarios y sociales, así como la disponibilidad de los recursos y los tiempos necesarios a los coordinadores y equipos de trabajo de las escuelas promotoras de salud.

7. Referencias bibliográficas

- Brooks, F. (2014). The link between pupil health and wellbeing and attainment. A briefing for head teachers, governors and staff in education settings. Public Health England. London. Accesible en: http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_SP.pdf
- Morgan, A., Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Global Health Promotion*, 14 (2) Suppl 2: 17–22.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS/OPS.
- OPS (2003). Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Organización Panamericana de

- la Salud. Serie Promoción de la Salud N°4. Washington. Accesible en <http://bit.ly/1nObAOJ>
- OPS (2005). Las Escuelas Promotoras de Salud en América Latina: Resultados de la Primera Encuesta Regional. Serie Promoción de la Salud XVIII, 99, Washington, D.C.: OPS, 2005.
- OPS (2006). Guía regional de acreditación y certificación de escuelas promotoras de salud. Versión preliminar. Accesible en <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/acredita1.pdf>
- Safarjan, E., Buijs, G., Ruiters, S. (2013). Manual online de SHE. Cinco pasos hacia una Escuela Promotora de Salud. CBO. Utrech.
- Samdal, O. y Rowling, L. (eds.) (2013). *The implementation of health promoting schools: Exploring the theories of what, why and how*. London: Routledge.
- Simovska, V. y Mannix-McNamara, P. (eds.) (2015). *Schools for Health and Sustainability: Theory, Research and Practice*. London: Springer.
- St Leger, L. et al. (2007). St.School Health Promotion Achievements, Challenges and Priorities. En *Global perspectives on health promotion effectiveness* / Edited by David V. McQueen and Catherin Jones. New York: Springer.
- St Leger, L. et al. (2010). *Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la Acción*. Paris: UIPES.

Competencias en Promoción de la Salud. Análisis del currículo de la Educación Obligatoria

Lucía Giménez, Lucía Fernández, Olga Mayoral, Valentín Gavidia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales, Universitat de València.

E-mail: Olga.Mayoral@uv.es, lugiau@alumni.uv.es,
luciafernandezmanzano@hotmail.com, valentin.gavidia@uv.es

RESUMEN: El presente capítulo toma como punto de partida el consenso existente en Promoción de la Salud acerca de la importancia de la acción educativa, y en concreto de la adquisición de sus competencias, ya que ha sido ampliamente demostrado que los comportamientos espontáneos no aseguran el máximo de Salud de las personas.

Las propuestas curriculares del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte prescriben lo que se estudia en la Educación Obligatoria. El presente trabajo pretende realizar un análisis con el fin de averiguar hasta qué punto el currículum oficial recoge y atiende de manera adecuada a las competencias en Promoción de la Salud que deben adquirir los jóvenes españoles. Así mismo se pretende incidir en la necesidad de la incorporación de la Promoción de Salud entre uno de los objetivos prioritarios de la educación formal obligatoria, lo que atañe especialmente a editoriales y profesorado.

PALABRAS CLAVE: Competencias básicas, Currículo, Educación en Salud, Educación Obligatoria, Promoción de la Salud.

Competencies in Health Promotion. Analysis of the curriculum of Compulsory Education

ABSTRACT: This chapter takes as its starting point the existing consensus on Health Promotion about the importance of educational activities, specifically the acquisition of its powers, since it has been amply demonstrated that spontaneous behaviors don't ensure maximum health of people.

Curricular proposals from the Ministry of Education, Culture and Sports prescribe what is studied in Compulsory Education. This paper aims to perform an analysis in order to determine to what extent the official curriculum collects and supplies adequately competencies in Health Promotion to be acquired by young Spaniards. We also want to stress the need of the incorporation of Health Promotion among one of the priority objectives of compulsory formal education, which especially concerns publishers and teachers.

KEY WORDS: Basic competencies, curriculum, Health Education, Compulsory Education, Health Promotion.

■ 1. Introducción

Pocos temas despiertan tanto interés como el de la Salud por una cuestión obvia, ya que de ello depende nuestra propia vida (Gavidia, 2002). La complejidad creciente de un mundo en integración y que se enfrenta a nuevos desafíos (la era de la información, la problemática ambiental, el cambio de ideologías, las grandes migraciones humanas, etc.), sumado a la necesidad de completar la educación del alumnado con la enseñanza de “habilidades para la vida”, han generado un amplio consenso entre los especialistas, el profesorado y la familia acerca de la urgencia de fortalecer y transformar la escuela. En este sentido, Delors (1996) elaboró el informe “La educación encierra un tesoro” en el que se trazan los rasgos de un sistema educativo capaz de hacer frente a los retos del porvenir. En él exponía que, en cierto sentido, “la educación se ve obligada a proporcionar las cartas náuticas de un mundo complejo y en perpetua agitación y al mismo tiempo, la brújula para poder navegar en él”.

Es un hecho que los ciudadanos, en su paso por la enseñanza obligatoria, reciben una formación en matemáticas, lengua, ciencias, etc. que les ayuda a integrarse en la sociedad, pero... ¿desarrollan las competencias en Salud necesarias para desenvolverse de manera adecuada en la sociedad actual?

La mayoría de nuestros comportamientos los aprendemos en los primeros años de nuestra vida, período que pasamos con gran vinculación con la escuela. En este sentido, es razonable que el sistema educativo y la sociedad en su conjunto aprovechen esta oportunidad para contribuir a la formación de estilos de vida saludables en la población.

Existe, pues, un consenso acerca del importante papel de la Educación para la Salud y en concreto de las acciones encaminadas a la Promoción de la Salud desarrolladas en la escuela, para la formación integral del alumnado. De hecho, la escuela y los Servicios Sanitarios y Sociales son los escenarios más importantes para llevar a cabo la Promoción de la Salud (Gutiérrez, 2003), sin dejar de lado a la familia y la comunidad.

Atendiendo a lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) se entiende la Promoción de la Salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”. La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la Promoción de la Salud (OMS, 1998):

- Abogacía por la salud para crear las condiciones sanitarias esenciales.
- Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud.
- Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

El presente estudio queda enmarcado dentro del proyecto de investigación COMSAL (Competencias en Salud) titulado “Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en educación para la salud durante la escolarización obligatoria”. El objetivo del proyecto de investigación COMSAL es estudiar las competencias en salud que debe adquirir la ciudadanía española en su paso obligatorio por la escuela, así como las competencias en Educación para la Salud que alcanza el futuro profesorado de Educación Primaria y Secundaria en su paso por la Universidad española.

El equipo COMSAL consensuó una definición de los “ámbitos de salud”, considerándolos como “las situaciones, contextos o entornos donde podemos encontrar un conjunto de problemas de salud relacionados entre sí, y sobre los que se puede actuar de forma conjunta” (Gavidia et al., 2012). El equipo COMSAL consideró que éstos podían quedar englobados en ocho ámbitos de salud: Alimentación y Actividad física, Adicciones, Salud Mental y Emocional, Sexualidad, Accidentes, Higiene, Medio Ambiente y Promoción de la Salud. El estudio que aquí presentamos se centra en el ámbito de la Promoción de la Salud, considerando tanto los contenidos conceptuales como procedimentales y actitudinales.

Los diferentes cuerpos legislativos que, a nivel estatal y autonómico han establecido el currículo oficial, marcan el tratamiento recibido por la Educación para la Salud. La Ley Orgánica de Educación (LOE), publicada en el BOE (2006) marcaba las enseñanzas mínimas en Educación Primaria y Secundaria Obligatoria, que el Gobierno Valenciano concretó en los decretos curriculares a través del DOCV (2007a; 2007b).

La LOE incorporaba las competencias básicas del currículo escolar, como uno de los elementos que lo integran y les otorga el papel de referente curricular. El gobierno español asumía, con esta decisión legislativa, las conclusiones de los Organismos internacionales (OCDE y Comisión Europea) y del Programa para la evaluación internacional de los alumnos de la propia, programa PISA (OCDE, 2006) sobre la enseñanza y aprendizaje de las competencias básicas como un medio para mejorar la calidad y la equidad del sistema educativo. La incorporación de las competencias básicas al currículo es una primera apuesta por acercar el sistema educativo español a las exigencias internacionales. En este sentido, será esencial la colaboración entre el personal sanitario y docente (Talavera y Gavidia, 2013) y que el profesorado cuente con conocimientos sobre los temas básicos de salud, competencias para desarrollar estos conocimientos y habilidades que puedan ser aprendidas (Gavidia, 1993; Oliva, 2011).

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos llevados a cabo por la Administración para desarrollar la transversalidad, incluida la Competencia en Educación para la Salud, que deben ser incorporadas en los proyectos curriculares, existe una duda razonable de su plena integración en la escuela, debido a las dificultades que ello supone (Talavera y Gavidia, 2007).

Teniendo en cuenta que un mínimo de entre el 55 y 65% de lo que se estudia en la Educación Obligatoria proviene de las propuestas del Ministerio de Educación (Giménez, 2012), resulta de vital importancia analizar en qué medida el currículo oficial recoge y atiende de manera adecuada las competencias en Promoción de la Salud que deben adquirir los jóvenes españoles. De esta forma, el objetivo de la presente investigación es doble, por un lado estudiar las competencias en Promoción de la Salud que deben adquirir los ciudadanos españoles en su paso por la Educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria, y por otro lado realizar una aproximación a las competencias que en estos temas adquiere realmente el alumnado, prestando especial atención a aquellos contenidos que no aparecen en los currículos prescriptivos de la Educación Obligatoria, y que tienen pocas posibilidades de ser vistos por el alumnado en su paso por la escuela. Este segundo objetivo implica así mismo evaluar y comparar los currículos oficiales de la enseñanza obligatoria propuestos por el Ministerio de Educación (BOE, 2006) y por la Generalitat Valenciana (DOCV, 2007a; 2007b).

■ 2. Metodología

Para llevar a cabo el **análisis del currículo**, se elaboró un listado de los problemas prioritarios en Promoción de Salud, determinando las competencias necesarias para hacerles frente. Para ello se siguió la siguiente secuencia metodológica:

1. Revisión bibliográfica de las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, del personal experto y propuestas del equipo de trabajo COMSAL del Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales de la Universidad de Valencia.
2. Consenso entre los miembros del grupo de trabajo COMSAL para el establecimiento de ocho ámbitos que englobaban los principales problemas de Salud atendiendo a la literatura.
3. Consulta a expertos para concretar los problemas en Salud, los ámbitos a los que pertenecen y la propuesta de competencias.
4. Realización de un estudio Delphi para consensuar las opiniones de todos los grupos e incorporar las de otros grupos.
5. Elaboración de un listado de los problemas en Promoción de la Salud.

Una vez elaborado el listado de los problemas prioritarios en Promoción de Salud, y determinadas las competencias necesarias para hacerles frente, se llevó a cabo el análisis detallado del contenido del currículo de la Educación Obligatoria, mediante el recuento de las aportaciones curriculares de la Ley Orgánica de Educación (LOE), determinando aquellas

competencias relacionadas con la Promoción de Salud en los contenidos marcados por el Ministerio de Educación (BOE, 2006) y por la Generalitat Valenciana (DOCV, 2007).

Debido a que la competencia de la Promoción de la Salud se trabaja de manera transversal, englobando al resto de competencias relacionadas con la Salud, en el análisis se diferenciaron tres niveles, dependiendo de la medida y la forma en la que se trabaja dicha competencia. Los resultados que presentamos en este capítulo incluyen tanto los contenidos competenciales directamente relacionadas con la Promoción de la Salud, como aquellos que tienen la posibilidad de ser trabajados de manera excepcional.

Para llevar a cabo el análisis curricular, se registraron los elementos del currículo que hacían referencia a los distintos contenidos competenciales definidos en el instrumento de análisis. Se realizó un análisis detallado de cada uno de los problemas que trabaja la Promoción de la Salud en función de la materia, así como del nivel educativo.

■ 3. Resultados

3.1. Contenidos sobre Promoción de la Salud que deben ser contemplados en el currículo

Los estudios y consultas a expertos permitieron concretar que la competencia en Promoción de la Salud que debe poseer el alumnado al terminar su etapa de enseñanza obligatoria es la “capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud personal y social”. Esta competencia fue considerada desde tres ámbitos o situaciones problemáticas que deben ser contemplados en el currículo en el ámbito de Promoción de la Salud:

- Generar conductas, hábitos y estilos de vida saludables.
- Procurar entornos saludables.
- Gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización adecuada de los servicios sociosanitarios.

La Tabla 1 incluye, para cada una de estas situaciones problemáticas, los contenidos competenciales necesarios para alcanzar la competencia de Promoción de la Salud, es decir, los conocimientos a adquirir, así como los procedimientos a utilizar y las actitudes a desarrollar. Esta tabla engloba el resultado de la primera parte del estudio, ya que recoge los aspectos esenciales y los contenidos competenciales a desarrollar por el alumnado en Promoción de la Salud. Pero la tabla 1 sirve así mismo como base para el instrumento de análisis, necesario para la siguiente fase de la investigación, que implica llevar a cabo el estudio de los currículos oficiales, tanto a nivel nacional como autonómico.

Tabla 1. Contenidos competenciales para desarrollar las competencias en el ámbito de la Promoción de la Salud

<p>Competencia: “Capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud personal y social”</p>
<p>Saber: Conocer los principales problemas y factores de riesgos para la salud personal y social.</p> <p>Saber hacer: Intervenir en el entorno para que las opciones saludables sean las más fáciles de tomar.</p> <p>Saber ser: Asumir responsabilidades individuales y colectivas, y participar en las actuaciones de salud dirigidas a la población.</p>
<p>Situación problemática 1.- Generar comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables</p>
<p>Conocimientos a adquirir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principales problemas y riesgos para la salud personal y social y la diversidad de posibles actuaciones. • Información sobre las necesidades fisiológicas, culturales y ambientales de las personas. • Evolución del binomio Salud-Enfermedad a lo largo de las diferentes etapas de la vida • Pautas de conducta saludables y las consecuencias de no llevarlas a cabo.
<p>Procedimientos a utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades para tomar decisiones y enfrentarse a situaciones difíciles por su novedad o complejidad relacionadas con la salud individual y/o social. • Adquirir las habilidades para obtener información relevante y fiable sobre los problemas de salud. • Observación crítica del contexto en el que vivimos que influya en los hábitos de vida. • Saber responder a determinadas presiones que la sociedad ejerce hacia comportamientos o conductas de riesgo. • Capacidad de adaptación a los cambios que se producen en nuestro entorno y afectan a nuestra salud.
<p>Actitudes a desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar la salud como factor determinante en la toma de decisiones. • Tomar iniciativas sobre los factores determinantes de la salud que pueden influir en el bienestar personal. • Reconocer la corresponsabilidad en la salud propia. • Admitir las consecuencias que determinados actos pueden producir en la salud de los demás.

Ámbito 1: *Promoción de la salud*

Situación problemática 2.- Procurar entornos saludables
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Los factores determinantes de la salud de una población. • Las necesidades de salud de la población y las condiciones socioambientales que mejoran la calidad de vida. • Los cauces de participación ciudadana en la toma de decisiones de cuestiones relacionadas con la salud. • Características y necesidades de los grupos de población más vulnerables.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Saber cómo actuar sobre el entorno para mejorar la calidad de vida. • Impulsar la Promoción de la Salud a través de tus redes sociales. • Colaborar con organizaciones sociales para la Promoción de la Salud. • Participar en la elaboración, desarrollo, y evaluación de las políticas de promoción de la salud (marcos de actuación).
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud crítica ante informaciones, situaciones o actuaciones que perjudiquen el entorno. • Solidaridad y conciencia social, especialmente con los colectivos más vulnerables. • Disposición a colaborar en las acciones de salud dirigidas a la población. • Asumir responsabilidades personales y colectivas en construir y mantener entornos saludables.
Situación problemática 3.- Gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización de los servicios sociosanitarios
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • El funcionamiento del Sistema Sanitario. • Los autocuidados y ayudas mutuas no profesionales.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los problemas de salud y saber encontrar la ayuda necesaria. • Utilizar de forma adecuada los recursos sociosanitarios existentes.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar la necesidad de ayuda, la interdependencia social. • Favorecer la solidaridad y la ayuda mutua.

En negrita los contenidos competenciales sustanciales o necesarios.

3.2. Análisis del currículo

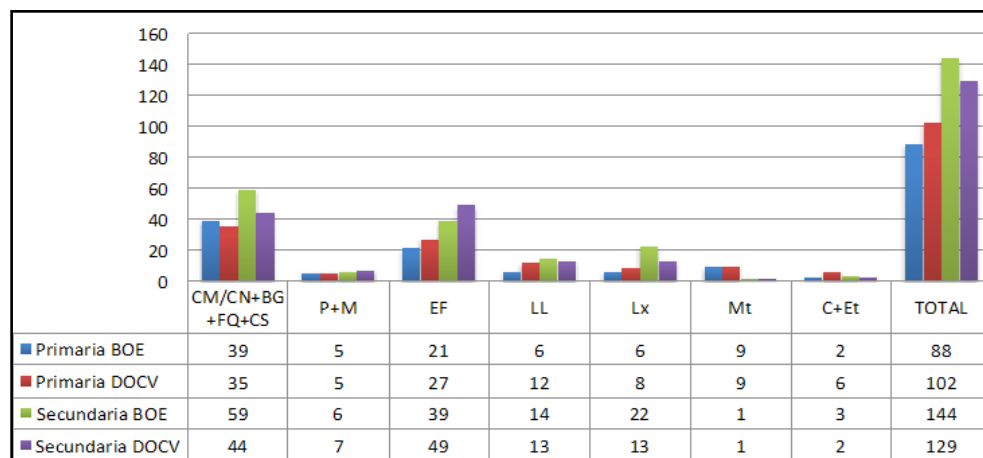
Los resultados que reflejamos en el presente documento sintetizan la batería de resultados parciales, cuyo recuento queda reflejado en el Anexo I.

El estudio de cada una de las tres situaciones problemáticas relacionadas con la Promoción de la Salud que deben ser abordadas durante la educación obligatoria se desarrolló por separado, así como por materias, tanto en el currículo estatal (BOE) como en el autonómico (DOCV).

3.2.1. Análisis de la situación problemática 1: generar comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables

El análisis de las materias y/o áreas de conocimiento que posibilitan trabajar de una forma relacionada los contenidos competenciales definidos en el ámbito de la problemática concreta de la “generación de conductas, hábitos y estilos de vida saludables” mostró que el Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales son las materias que más aportaciones reúnen para Primaria y para Secundaria (atendiendo al BOE), mientras que, atendiendo al DOCV, es Educación Física la materia que más contribuye (Gráfico 1).

Gráfico 1. Contribución curricular al problema “generar comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables” por materias y etapas en los currículos oficiales (BOE y DOCV).



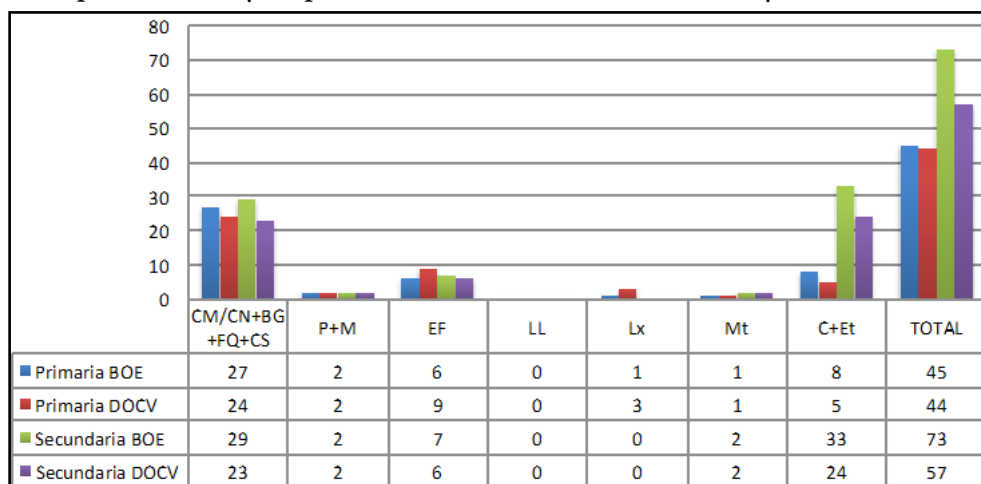
Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Ámbito 1: *Promoción de la salud*

3.2.2. Análisis de la situación problemática 2: procurar entornos saludables

El análisis de las materias que fomentan el trabajo de los contenidos competenciales definidos en el ámbito de la problemática concreta “procurar entornos saludables” mostró así mismo que Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales son las materias que más aportaciones reúnen para Primaria y para Secundaria (atendiendo tanto al BOE como al DOCV). Para Secundaria, destaca la aportación de Ciudadanía y Ética, tanto en el BOE como en el DOCV. La aportación de estas dos materias en Primaria es mucho menor, siendo similar a la derivada de Educación Física (Gráfico 2).

Gráfico 2. Contribución curricular al problema “procurar entornos saludables” por materias y etapas en los currículos oficiales (BOE y DOCV)

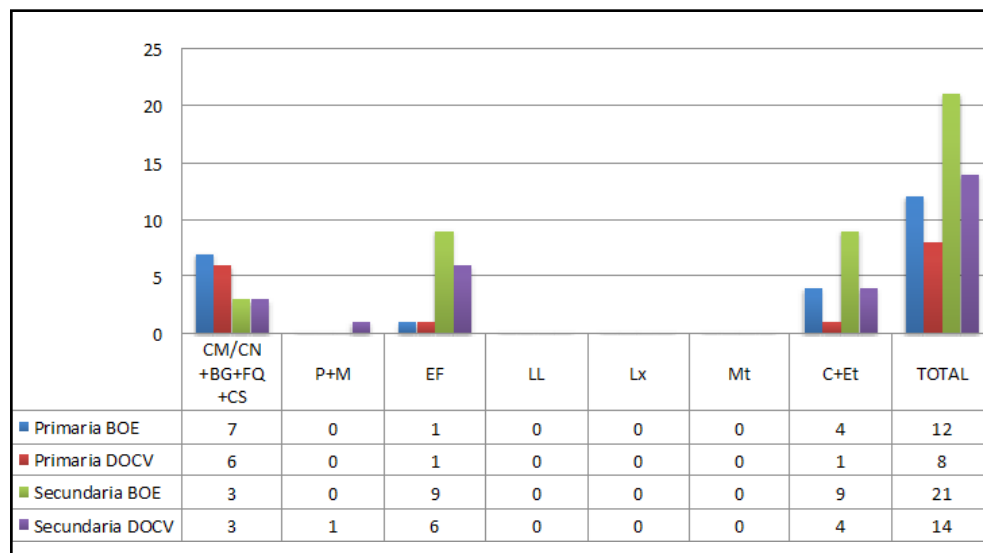


Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

3.2.3. Análisis de la situación problemática 3: gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización adecuada de los servicios sociosanitarios

En relación a la situación problemática “gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización adecuada de los servicios sociosanitarios”, destaca la aportación curricular a los contenidos competenciales de la etapa de Primaria en las materias de Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, atendiendo tanto al BOE como al DOCV. Las aportaciones de estas mismas materias en Secundaria son del orden de la mitad. El número de aportaciones desde la Educación Física, Ciudadanía y Ética son muy destacables en Secundaria (BOE) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Contribución curricular al problema “gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización adecuada de los servicios sociosanitarios” por materias y etapas en currículos oficiales (BOE y DOCV)



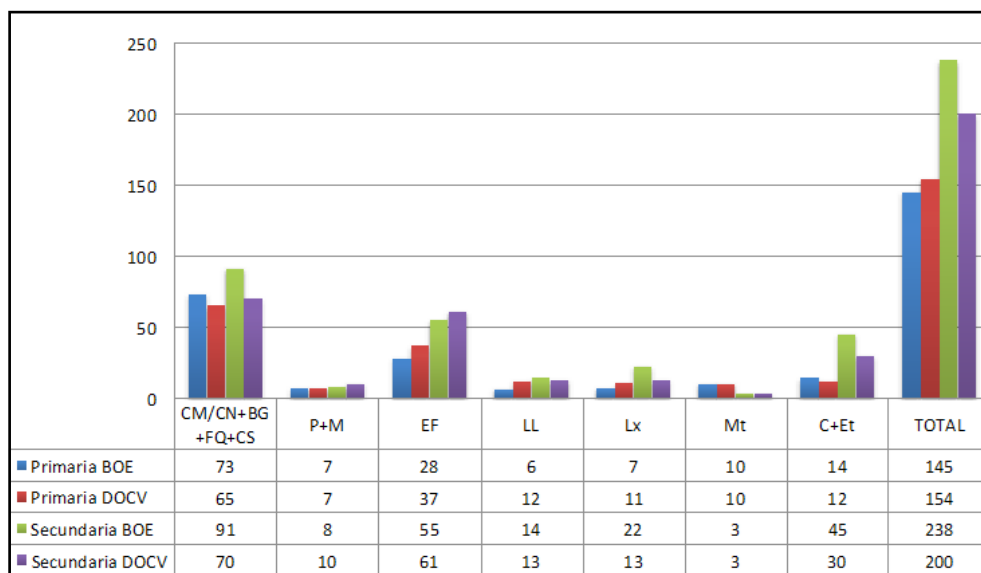
Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

3.2.4. Análisis genérico curricular

Considerando de manera conjunta la aportación de las tres problemáticas, las materias que contribuyen en mayor medida a la adquisición de los contenidos competenciales son las del ámbito científico (Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales), seguidas de Educación Física y Ciudadanía y Ética (Gráfico 4). La etapa de Secundaria es la que más contribuye, destacando las aportaciones del currículo a nivel estatal (BOE).

El análisis de currículo ha permitido conocer aquellos contenidos competenciales que no se abordan en los currículos oficiales de la educación obligatoria (Tabla 2). Se integran los resultados de la Educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria, así como del currículo estatal y autonómico, ya que el objetivo es conocer los contenidos competenciales que no se desarrollan a lo largo de la educación obligatoria.

Gráfico 4. Contribución curricular a los tres problemas de manera conjunta, por materias y etapas, en los currículos oficiales (BOE y DOCV)



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Tabla 2. Contenidos competenciales ausentes en Promoción de la Salud en los currículos oficiales

Conocimientos ausentes	
-	Los factores determinantes de la salud de una población. (Primaria BOE + Primaria DOCV + Secundaria DOCV)
-	Evolución del binomio Salud-Enfermedad a lo largo de las diferentes etapas de la vida. (Secundaria BOE + Secundaria DOCV)
-	El funcionamiento del Sistema Sanitario. (Primaria DOCV + Secundaria DOCV)
Procedimientos ausentes	
-	Desarrollar habilidades para tomar decisiones y enfrentarse a situaciones difíciles por su novedad o complejidad relacionadas con la salud individual y/o social. (Primaria BOE + Primaria DOCV)
-	Capacidad de adaptación a los cambios que se producen en nuestro entorno y afectan a nuestra salud. (Primaria BOE + Primaria DOCV)

<ul style="list-style-type: none"> - Saber cómo actuar sobre el entorno para mejorar la calidad de vida. (Primaria BOE + Primaria DOCV) - Utilizar de forma adecuada los recursos sociosanitarios existentes. (Primaria BOE + Secundaria BOE + Secundaria DOCV) - Reconocer los problemas de salud y saber encontrar la ayuda necesaria. (Secundaria BOE + Secundaria DOCV) - Saber responder a determinadas presiones que la sociedad ejerce hacia comportamientos o conductas de riesgo. (Primaria DOCV)
Actitudes ausentes
<ul style="list-style-type: none"> - Considerar la salud como factor determinante en la toma de decisiones. (Primaria BOE + Primaria DOCV) - Reconocer la corresponsabilidad en la salud propia. (Primaria BOE + Primaria DOCV)

Entre paréntesis se indican los currículos en los que están ausentes los contenidos competenciales.

Hay un total de 11 contenidos competenciales que no han sido abordados en alguno de los currículos oficiales (Primaria y Secundaria, BOE y DOCV), destacando la ausencia de conocimientos sobre “los factores determinantes de la salud de una población” en los currículos de Primaria (BOE y DOCV) y en el de Secundaria del BOE. Tampoco se afronta la competencia procedimental de “utilizar de forma adecuada los recursos sociosanitarios existentes”, a excepción del DOCV para Primaria. De manera global, se han detectado mayor número de ausencias en el DOCV que en el BOE.

Atendiendo a las competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales, hay un total de tres conocimientos ausentes en alguno de los currículos oficiales, lo que supone que el 30% de los principales problemas y factores de riesgos para la salud personal y social que se deben saber no están contemplados convenientemente en los currículos oficiales. En relación a los procedimientos, resulta llamativo que seis de los once (55%) aspectos que se considera que se han de saber hacer no son tratados de manera eficiente en el currículo. En relación al tratamiento de las actitudes, dos de las diez actitudes que se han de generar (20%) no son contempladas en el currículo.

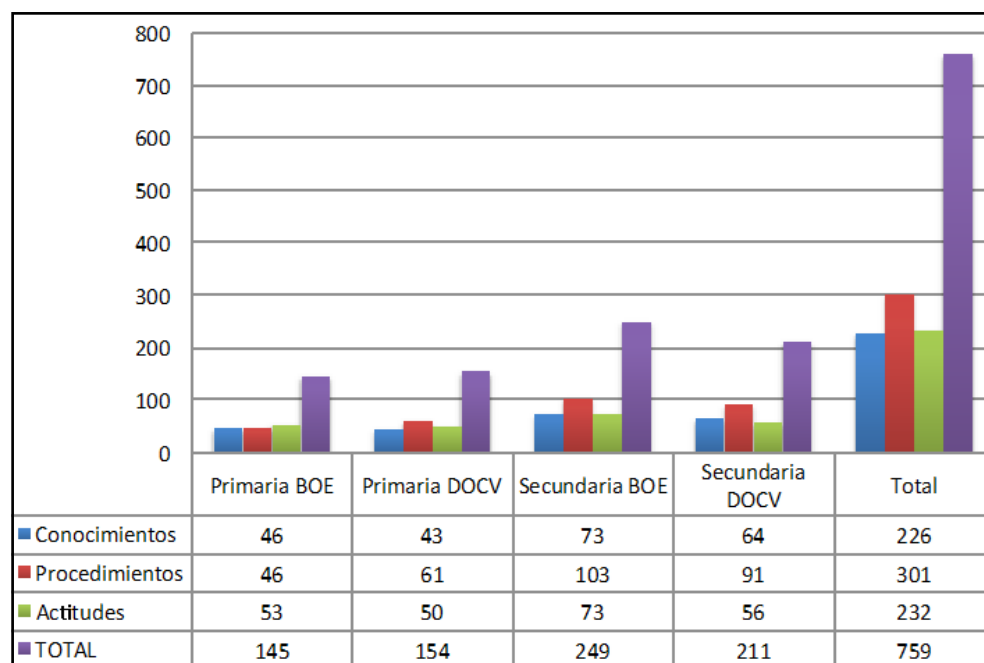
El resultado de un análisis general muestra que el número de aportaciones curriculares en el tratamiento de la Promoción de la Salud en la Educación Primaria (145+154=299) es mucho menor que en la Educación Secundaria Obligatoria (249+211=460). Si se compara el BOE con el DOCV, independientemente del nivel educativo, el BOE (145-249=394) recoge mayor número de aportaciones que el DOCV (154+211=365), aunque tan solo les diferencian 29 aportaciones (Gráfico 5).

Se realizó una comparativa entre Conceptos, Procedimientos y Actitudes con el fin de averiguar cuál de ellos se trabaja más, dependiendo del nivel educativo y de su consideración a nivel estatal (BOE) o autonómico (DOCV). De manera genérica se puede afirmar que el currículo oficial trabaja en mayor medida los procedimientos, quedando los contenidos y actitudes a un nivel semejante e inferior.

La mayor contribución a la Promoción de la Salud en la Educación Primaria viene desarrollada a nivel autonómico, concretamente en forma de Procedimientos (61). Le sigue el tratamiento de las actitudes a nivel estatal (53) y autonómico (50).

En la Educación Secundaria Obligatoria la mayor contribución viene dada desde una perspectiva procedimental, tanto a nivel estatal (103) como autonómico (91), aunque a nivel estatal se trata con mayor evidencia.

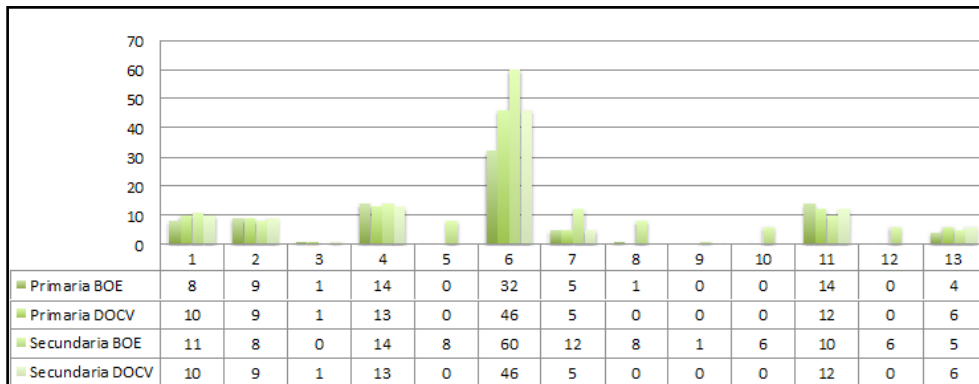
Gráfico 5. Comparativa entre contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales, por etapas, en los currículos oficiales (BOE y DOCV)



El análisis de los contenidos competenciales en relación a cada uno de las tres situaciones problemáticas permitió identificar aquellos que son tratados de un modo más significativo. En relación a la problemática de “generar conductas, hábitos y estilos de

vida”, la adquisición de las habilidades para obtener información relevante y fiable sobre los problemas de salud es el contenido abordado en un mayor número de ocasiones, tanto en Primaria como en Secundaria y a nivel autonómico y estatal (Gráfico 6).

Gráfico 6. Comparativa del tratamiento de los contenidos competenciales en Promoción de la Salud en relación a “generar conductas, hábitos y estilos de vida”

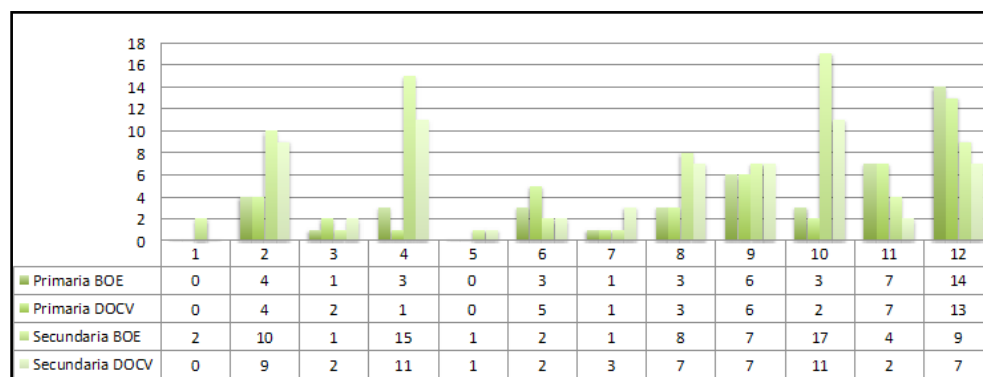


1. Principales problemas y riesgos para la salud personal y social y la diversidad de posibles actuaciones.
2. Información sobre las necesidades fisiológicas, culturales y ambientales de las personas.
3. Evolución del binomio Salud-Enfermedad a lo largo de las diferentes etapas de la vida.
4. Pautas de conducta saludables y las consecuencias de no llevarlas a cabo.
5. Desarrollar habilidades para tomar decisiones y enfrentarse a situaciones difíciles por su novedad o complejidad relacionadas con la salud individual y/o social.
6. Adquirir las habilidades para obtener información relevante y fiable sobre los problemas de salud.
7. Observación crítica del contexto en el que vivimos que influye en los hábitos de vida.
8. Saber responder a determinadas presiones que la sociedad ejerce hacia comportamientos o conductas de riesgo.
9. Capacidad de adaptación a los cambios que se producen en nuestro entorno y afectan a nuestra salud.
10. Considerar la salud como factor determinante en la toma de decisiones.
11. Tomar iniciativas sobre los factores determinantes de la salud que pueden influir en el bienestar personal.
12. Reconocer la corresponsabilidad en la salud propia.
13. Admitir las consecuencias que determinados actos pueden producir en la salud de los demás.

En relación a la situación de “procurar entornos saludables”, se aborda de una manera destacable la “asunción de responsabilidades personales y colectivas en construir y mantener entornos saludables”, aunque en mayor medida en Primaria que en Secundaria (Gráfico 7). En Secundaria se abordan también de manera notoria la

“solidaridad y conciencia social, especialmente con los colectivos más vulnerables”, así como la comprensión de las “características y necesidades de los grupos de población más vulnerables” y “las necesidades de salud de la población y las condiciones socio-ambientales que mejoren la calidad de vida”. Estos contenidos competenciales son trabajados en mayor medida en el BOE que en el DOCV.

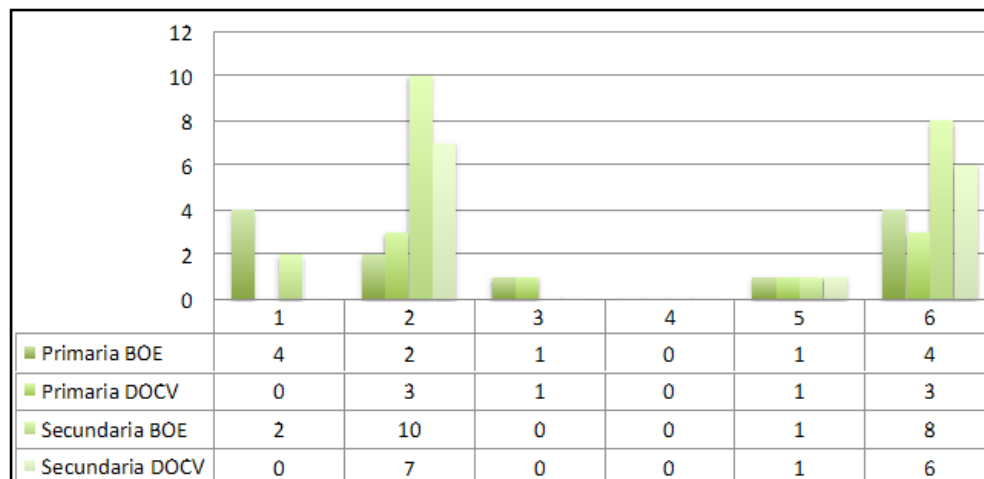
Gráfico 7. Comparativa del tratamiento de los contenidos competenciales en Promoción de la Salud en relación a “procurar entornos saludables”



1. Los factores determinantes de la salud de una población.
2. Las necesidades de salud de la población y las condiciones socio-ambientales que mejoran la calidad de vida.
3. Los cauces de participación ciudadana en la toma de decisiones de cuestiones relacionadas con la salud.
4. Características y necesidades de los grupos de población más vulnerables.
5. Saber cómo actuar sobre el entorno para mejorar la calidad de vida.
6. Impulsar la Promoción de la Salud a través de tus redes sociales.
7. Colaborar con organizaciones sociales para la Promoción de la Salud.
8. Participar en la elaboración, desarrollo, y evaluación de las políticas de promoción de la salud (marcos de actuación).
9. Actitud crítica ante informaciones, situaciones o actuaciones que perjudiquen el entorno.
10. Solidaridad y conciencia social, especialmente con los colectivos más vulnerables.
11. Disposición a colaborar en las acciones de salud dirigidas a la población.
12. Asumir responsabilidades personales y colectivas en construir y mantener entornos saludables.

Por último, atendiendo a la “gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización de los servicios sociosanitarios”, los contenidos competenciales más mencionados, sobre todo en Secundaria, son los “autocuidados y ayudas mutuas no profesionales”, así como “favorecer la solidaridad y la ayuda mutua” (Gráfico 8).

Gráfico 8. Comparativa del tratamiento de los contenidos competenciales en Promoción de la Salud en relación a “gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización de los servicios sociosanitarios”



1. El funcionamiento del Sistema Sanitario.
2. Los autocuidados y ayudas mutuas no profesionales.
3. Reconocer los problemas de salud y saber encontrar la ayuda necesaria.
4. Utilizar de forma adecuada los recursos sociosanitarios existentes.
5. Aceptar la necesidad de ayuda, la interdependencia social.
6. Favorecer la solidaridad y la ayuda mutua.

4. Conclusiones

De manera genérica se puede afirmar que el currículo oficial de la Enseñanza Secundaria Obligatoria en el desarrollo de los Contenidos Mínimos por el Ministerio de Educación, aunque recoge parcialmente las recomendaciones en educación para la Salud de los organismos expertos, no atiende de manera adecuada a las Competencias en Promoción de la Salud que deben adquirir los jóvenes españoles. Atendiendo al análisis efectuado sobre el currículo escolar se puede decir:

Las materias que más contribuyen a la Promoción de la Salud son Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, así como la Educación Física, en cuanto a generar comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables, a las que se une Ciudadanía y Ética a la hora de “procurar entornos saludables” y la “gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización adecuada de los servicios sociosanitarios”.

Hay un total de 13 contenidos competenciales que no han sido abordados en alguno de los currículos oficiales (Primaria y Secundaria, BOE y DOCV), destacando la ausencia de conocimientos sobre “los factores determinantes de la salud de una población” en los currículos de Primaria (BOE y DOCV) y en el de Secundaria del BOE. Tampoco se afronta la competencia procedimental de “utilizar de forma adecuada los recursos sociosanitarios existentes”, a excepción del DOCV para Primaria. De manera global, se han detectado mayor número de ausencias en el DOCV que en el BOE.

El número de aportaciones curriculares en el tratamiento de la Promoción de la Salud en la Educación Primaria es mucho menor que en la Educación Secundaria Obligatoria. La comparación del currículo estatal (BOE) y autonómico (DOCV) deja una ligera diferencia a favor del BOE en cuanto a aportaciones.

La comparativa entre competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales mostró que el currículo oficial trabaja en mayor medida los procedimientos, quedando los contenidos y actitudes a un nivel semejante.

El análisis detallado de los contenidos competenciales mostró que reciben un tratamiento más cuantioso la “adquisición de las habilidades para obtener información relevante y fiable sobre los problemas de salud”, “asumir responsabilidades personales y colectivas en construir y mantener entornos saludables”, así como los “autocuidados y ayudas mutuas no profesionales” y “favorecer la solidaridad y la ayuda mutua.

En relación con las perspectivas de futuro de esta investigación, consideramos necesario conocer el tratamiento que los libros de texto de otras materias ofrecen a la Competencia en promoción de la Salud, así como contrastar las Competencias que realmente adquiere el alumnado al concluir la Educación Secundaria Obligatoria y el tratamiento que el profesorado ofrece en las aulas a esta temática.

■ 5. Referencias bibliográficas

BOE (2006a). Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Primaria. *Boletín Oficial del Estado* «BOE» núm. 293, de 8 de diciembre de 2006.

BOE (2006b). Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. *Boletín Oficial del Estado* «BOE» núm. 5, de 5 de enero de 2007.

Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana.

- DOCV (2007a). Decreto 111/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunitat Valenciana. *Diari Oficial de la Comunitat Valenciana* (DOCV de 24 de julio) de 2007. Conselleria d'Educació. Generalitat Valenciana.
- DOCV (2007b). Decreto 112/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunitat Valenciana. *Diari Oficial de la Comunitat Valenciana* (DOCV de 24 de julio) de 2007. Conselleria d'Educació. Generalitat Valenciana.
- Gavidia, V. (1993). Consideraciones sobre la formación inicial del profesorado en Educación para la Salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 7, 59-70.
- Gavidia, V. (2002). La escuela promotora de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 16, 83-97.
- Giménez, L. (2012). *Competencias a adquirir por los jóvenes en promoción de la salud en la Educación Secundaria Obligatoria. Un análisis curricular y de textos escolares*. Máster en Investigación en Didácticas Específicas por la Universitat de València. Memoria de Trabajo de Fin de Máster. Universitat de València.
- Gutiérrez, J.J. Coord. (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- IUPES (2003). *La evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa*. Parte dos. Libro de evidencia. Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LOE (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. «BOE» núm. 106, de 04/05/2006. Jefatura de Estado. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España.
- OCDE (2006). PISA 2006. *Marco de la evaluación. Conocimientos y habilidades en Ciencias, Matemáticas y lectura*. Organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE) [Disponible en línea]. <http://www.oecd.org/pisa/39732471.pdf>
- Oliva, J.M. (2011). Difficulties of secondary school teachers implicating in the reading, innovation and research in science education (I): The problem to begin with. *Revista Eureka sobre enseñanza y divulgación de las ciencias*, vol. 8 (1).
- Talavera, M. y Gavidia, V. (2007). Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del profesorado. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 21, 119-128.
- Talavera, M. y Gavidia, V. (2013). Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 27, 115-129.



Ámbito 2

Alimentación y Actividad Física

Guías y recomendaciones para aprender a comer y vivir activos: entre la ciencia y lo cotidiano

Joan Quiles i Izquierdo

Dirección General de Salud Pública, Generalitat Valenciana.

E-mail: quiles_joa@gva.es

RESUMEN: La educación para la salud tiene como objetivo promover, entrenar y capacitar a las personas para el desarrollo de habilidades adaptadas a cada edad que le permitan disponer de recursos para la toma de decisiones razonadas desarrolladas en el marco de entornos no siempre favorables a la protección y el fomento de la salud.

En los ámbitos de la alimentación y la actividad física es importante conocer la traslación de cuales son los modelos de realización más ventajosos para la salud y trasladarlos de la forma más sencilla y comprensible a la población escolar. Las guías alimentarias y las recomendaciones de actividad física son claros instrumentos didácticos que todos debemos conocer, difundir y por supuesto, poner en práctica. El ámbito educativo ofrece excelentes oportunidades de constituirse en un ambiente generador de salud y de activos para toda la comunidad escolar.

PALABRAS CLAVE: Alimentación, Guía alimentaria, Actividad física, Sedentarismo, Recomendaciones.

Guides and recommendations to learn to eat and to live active: between the science and daily life

ABSTRACT: Health education aims to promote, train and empower people to develop skills tailored to each age that allow arranging resources for informed decision making, developed under not always favorable environments for protection and health promotion.

In the areas of Nutrition and Physical Activity it is important to identify the most beneficial models to health and apply them in an easy and understandable way to the school population. Dietary guidelines and recommendations of physical activity are clear translation tools we should all know, disseminate and of course, practice. The education sector offers excellent opportunities to become a generator of health and environment properties for the entire school community.

KEY WORDS: Nutrition, Food guide, Physical activity, Recommendations.

ISBN: 978-84-16786-72-5

1. Introducción

La construcción de una ciudadanía activa es un proceso que se inicia en la infancia, cada vez que los niños y niñas participan y toman decisiones en situaciones ficticias (juegos) o reales de la vida cotidiana, que acontecen en su entorno (hogar, escuela, barrio, etc.). Desde el punto de vista de generar salud es importante que posibilitemos la capacidad de reconocer y utilizar todos los recursos que puedan mejorar la salud propia y que permitan su cuidado y el de quienes los rodean. La alimentación saludable y la actividad física son, sin lugar a duda, aspectos de esa cotidianidad en la que los escolares deben participar conscientemente para conformar estilos de vida y atesorar activos en salud que potencien, de forma individual y colectiva, su salud y bienestar así como la reducción de las desigualdades en salud.

La finalidad de la educación debe ser facilitar el desarrollo de cada persona, aprovechando al máximo sus capacidades y proporcionándole los conocimientos, valores y hábitos que le permitan un pleno desarrollo personal y autónomo en el contexto social donde se desenvuelve.

La dieta y la actividad física son factores que influyen en gran medida en nuestro estado de salud. Por una parte, la mayoría de los países se ven afectados por alguno o algunos de los problemas situados en uno o ambos de los polos opuestos del espectro de la malnutrición: subnutrición aguda o crónica, carencias de micronutrientes, obesidad o enfermedades relacionadas con la alimentación, tales como la diabetes (tipo 2), las enfermedades cardiovasculares y determinados tipos de cáncer (OMS, 2004). Por otra parte, se conoce que la inactividad física está cada vez más extendida en muchos países y que ello repercute considerablemente en la salud general de la población mundial, en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer y en sus factores de riesgo, como son la hipertensión, el exceso de glucosa en la sangre o el sobrepeso constituyendo un factor de riesgo importante de la mortalidad en todo el mundo. Por el contrario, la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión (OMS, 2010).

El envejecimiento de la población, la globalización, la urbanización rápida y poco planificada, se traduce en entornos y comportamientos poco saludables. Además los cambios en el suministro de alimentos, una mayor disponibilidad y comercialización de productos de escaso valor nutritivo, han originado una transformación de los hábitos alimentarios y acarreado la pérdida de las formas de alimentación tradicionales que hace que resulte absolutamente necesario facilitar consejos coherentes, sencillos y prácticos que guíen a las personas a elegir dietas sanas y a la práctica regular de actividad física.

Trasladar y hacer accesibles de forma efectiva los conocimientos que pueden sostener y mejorar la salud de las personas es una tarea fundamental que se debe procurar desde todos los ámbitos posibles. La educación para la salud constituye una herramienta efectiva para compartir y hacer útiles estos conocimientos, habilidades y actitudes que son fundamentales para la ciudadanía.

■ 2. Aprender para el presente y rentabilizar el futuro

La infancia es un periodo determinante para educar en comportamientos saludables y competencias para adoptar un estilo de vida saludable. La escuela es uno de los lugares donde desarrollar acciones eficaces para formar comportamientos saludables a largo plazo. Los centros escolares cuentan con espacios e instrumentos que pueden contribuir tanto al conocimiento y manejo de los alimentos como al establecimiento de comportamientos alimentarios que, junto con la realización de actividad física de forma moderada y continua, permiten un estilo de vida saludable. Desde el proceso del huerto escolar, a la visita al mercado, la lectura de etiquetas y la planificación de menús para evitar desperdicios inútiles, el contacto con los alimentos y lo que les rodea es una de las experiencias que ofrece mayor transversalidad y oportunidades de aprendizaje de las que existe en el currículo. Por su parte, conseguir una escuela activa y que potencie la actividad física será un paradigma de cómo establecer entornos favorables para hacer que la elección saludable sea una elección fácil.

El Libro blanco de la nutrición en España resumía las siguientes recomendaciones específicas sobre las que se debería de avanzar en la nutrición de la población infantil (Tojo, 2013): Hacer 5 comidas al día, reforzando la importancia del desayuno; promocionar menús saludables, variados y con atractivo; incrementar el consumo de frutas y verduras de temporada; incrementar el consumo de cereales integrales, de pescado blanco y azul y, de lácteos bajos en grasa; disminuir el consumo de carnes con grasa visible y piel y embutidos grasos, de bebidas azucaradas, el tamaño de las raciones y el consumo de sal; consumir agua como bebida principal; usar métodos de cocción alternativos a la fritura; o usar preferentemente aceite de oliva virgen tanto en el aliño como en la cocina.

Pero también insistía en una serie de recomendaciones relacionadas con la actividad física y el sedentarismo: evitar comer viendo la televisión y disminuir el tiempo de pantallas; disminuir las actividades sedentarias y aumentar la actividad física de moderada a intensa; aumentar la disponibilidad de espacios y tiempo para la actividad física y deporte; promocionar otros hábitos de vida saludables; y, como no fomentar la implicación del niño, la familia, la escuela, los poderes públicos, los líderes y el conjunto de la sociedad en las estrategias de mejora de la calidad de vida, la alimentación y la vida activa.

Más recientemente, entre las conclusiones del Libro blanco de la nutrición infantil en España (Murillo, 2015) sobre el currículo escolar, insiste en la necesidad de introducir en las programaciones los conocimientos de hábitos alimenticios usando las competencias básicas adecuadas a cada etapa; en la consideración del comedor escolar como una actividad educativa importante; la complementación necesaria de la actividad física y la alimentación; la implicación y participación de las familias para beneficiarse de las experiencias educativas y sobre todo el tener claro que los hábitos que se instauren en estas etapas supondrán verdaderos bagajes para toda la vida.

■ 3. Guiar para no olvidar: de la rueda a la pirámide

En cada momento social la educación recoge en sus planteamientos aquellos conocimientos (“saber, saber hacer y aprender a ser”) que la sociedad quiere hacer patrimonio de todos e incorporarlos a la cultura básica común. Y así diferentes recursos didácticos han intentado plasmar las recomendaciones vigentes de cada época, adaptadas a las realidades y problemáticas existentes en cada país o entorno. Si en los años sesenta del siglo XX era necesario conocer el valor de todos los alimentos y construir una dieta variada en un contexto de desarrollismo social, actualmente nos vemos abocados a lanzar mensajes compatibles con la crisis sanitaria que constituye la epidemia de la obesidad en nuestra población, máxime cuando se ha hecho exageradamente prevalente en la población escolar e infantil. Según el estudio ALADINO un 43% de los escolares españoles entre 7 y 8 años presentan sobrepeso u obesidad (AECOSAN, 2014). De acorde a ello diferentes recomendaciones y guías deberán formar parte de la formación de la futura ciudadanía.

Las guías alimentarias son instrumentos educativos que adaptan los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales en mensajes prácticos breves y positivos sobre alimentación y modos de vida sanos, cuyo propósito es mantener el buen estado de salud de las personas y prevenir distintas formas de malnutrición.

Las guías se dirigen a todos los individuos sanos de la sociedad, por lo general de más de dos años de edad. En ellas se recogen las recomendaciones en materia de nutrición establecidas en ámbitos nacionales y se expresan los principios de educación nutricional en forma de alimentos.

Sus recomendaciones son más provisionales que las realizadas en términos de nutrientes, ya que tienen como base una variedad de información que incluye evidencias indirectas sobre la compleja relación de los alimentos con la salud y la enfermedad. Además tienen en cuenta los distintos factores relacionados con el hecho alimentario: costumbres, tradiciones, patrones alimentarios y aspectos susceptibles de variación en el tiempo.

Las guías alimentarias son grandes directrices hacia donde las personas pueden encaminar su alimentación, mientras que las ingestas recomendadas de nutrientes indican qué cantidad promedio de nutrientes debe consumirse cada día (tabla 1).

Tabla 1. Diferencias entre ingestas recomendadas y guías alimentarias (Quiles, 2001)

INGESTAS RECOMENDADAS	GUIAS ALIMENTARIAS
Su intención es proporcionar cantidades suficientes de nutrientes para individuos sanos.	Su intención es disminuir el riesgo de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de una población.
Se establecen a partir de las necesidades nutricionales de los grupos diana.	Parten de la ingestión real de nutrientes y alimentos de una población.
Se formulan en términos absolutos de cantidad de nutriente por día.	Se formulan como porcentajes de energía aportada por los principios inmediatos, o como densidad de nutriente, o en algunos casos cantidades absolutas. También en términos de cantidad de consumo de alimentos.
Atañen sólo a energía y nutrientes.	Tratan sobre alimentos aunque pueden considerar nutrientes y otras sustancias: fibras, colesterol...
Es una recomendación nutricional para cubrir las necesidades nutricionales de casi toda la población.	Es una recomendación educativa y práctica de realización de ingesta de alimentos para cubrir los objetivos nutricionales poblacionales.
Se establecen de forma directa por estudios experimentales.	Se pueden establecer y orientar por evidencias indirectas.
Se establecen para grupos de sexo y edad homogéneos.	Generales y adaptan los mensajes a la población.

Las guías reflejan los mensajes consensuados por la comunidad científica en materia de recomendaciones nutricionales siendo un buen instrumento para la educación nutricional si la población, a través de ellas, conocen, aceptan y adoptan los consejos y recomendaciones establecidos. Ellas traducen las recomendaciones nutricionales en información simple utilizando para ello un lenguaje y unos símbolos fácilmente comprensibles para el público en general. Están centradas en los alimentos que se consumen normalmente, el tamaño de las porciones y los comportamientos de una comunidad. En los casos en los que la información no puede expresarse en su totalidad en forma de alimentos, se utiliza un lenguaje que evita, en la medida de lo posible, los términos técnicos de la ciencia de la nutrición.

Muchas guías alimentarias comparten ciertas características. Así, por ejemplo, la mayoría de ellas fomentan la variedad y el aumento del consumo de alimentos vegetales, especialmente hortalizas y frutas, así como la reducción del consumo de grasas sólidas, sal y azúcar. Sin embargo, presentan también diferencias particulares a fin de contemplar aquellas necesidades y costumbres alimenticias específicas de la población dónde quieren ser implementadas.

Los iconos o figuras que representan las guías alimentarias son instrumentos educativos que consisten en imágenes o diagramas mediante los que se representan gráficamente, en su totalidad o en parte, los mensajes de las guías alimentarias basadas en alimentos. Son quizá la forma más conocidas de ellas, sus tarjetas de visita hasta el punto que muchos pueden no haber oído ni una palabra sobre guías alimentarias pero todos recuerdan haber oído nombrar la rueda de los alimentos o la pirámide de la alimentación.

En estos iconos se muestran, por lo general, las proporciones aconsejadas para una alimentación correcta de los diversos grupos de alimentos recomendados. Pueden contener también mensajes sobre la inocuidad de los alimentos y sobre el estilo de vida, tales como recomendaciones sobre la necesidad de realizar actividad física regularmente o advertencias relacionadas con el consumo de alcohol. Aunque los iconos más comunes adoptan la forma gráfica de una pirámide o de un plato de comida, muchos países optan por iconos que responden a características culturales específicas de la población del país, los cuales pueden convertirse en símbolos importantes de la estrategia comunicativa y educativa nacional en materia de nutrición (por ejemplo la “Olla Guatemalteca”).

Las guías alimentarias son un instrumento dirigido a fomentar la educación nutricional e incidir en el comportamiento que puede ser utilizado por profesores, profesionales de la salud, periodistas y otras personas que trabajan directamente con la población para formar a los individuos y a la sociedad en su conjunto acerca de los modelos de alimentación y estilos de vida saludables.

3.1. La Rueda de los Alimentos

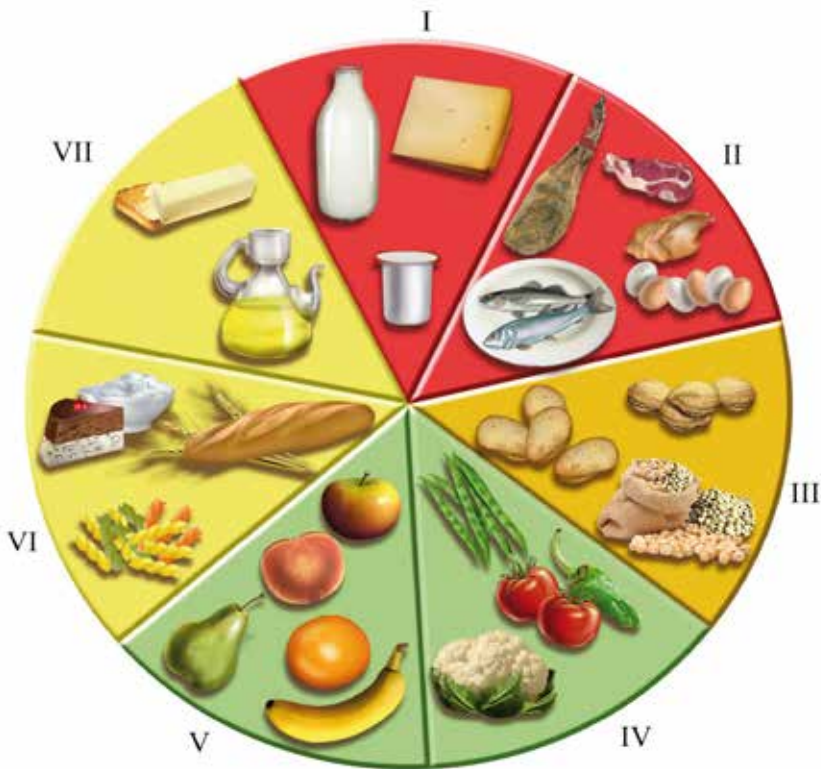
La Rueda de los Alimentos (Palacios, 1980) del Programa EDALNU (Educación en Alimentación y nutrición) en 1963, puede que haya sido el icono más difundido en todo el estado español con referencia a la puesta en práctica de unas guías alimentarias. Quizás tenga su precedente en la guía nacional de alimentos que se desarrolló en EEUU en los años cuarenta, que se denominó “Los Siete Básicos”. La tradicional rueda de los alimentos ha tenido la virtud de fomentar la comprensión de las ventajas nutricionales de los alimentos y de divulgar la idoneidad de realizar una dieta variada

entre la población española durante muchos años. Y sigue cumpliendo su papel educativo básico de forma adecuada.

En la Rueda, los alimentos se reparten sobre distintos fondos de color, en siete sectores o grupos identificados con un número del 1 al 7, atendiendo respectivamente a dos criterios: la función nutricional y la composición principal de nutrientes (figura 1).

En la actualidad su uso puede haber quedado superado por la adición de otros constructos que complementan el concepto de dieta saludable, como por ejemplo la idea o representación de equilibrio alimentario a la hora de implementar una dieta. Sin embargo debe reconocérsele su importante labor pedagógica en la comprensión del papel conjunto de la dieta para una alimentación saludable, la organización por grupos de alimentos y funciones en el organismo o para introducir la elaboración de menús sanos y variados.

Figura 1. Rueda de los Alimentos del Programa EDALNU



Código de colores en la Rueda de los Alimentos EDALNU: Sobre fondo rojo se colocaron los alimentos plásticos, es decir, aquellos que aportaban nutrientes cuya función era formar y reponer los músculos, huesos y vísceras que componen el cuerpo. Sobre fondo verde identificaron los alimentos reguladores, los cuales eran considerados una buena fuente de nutrientes cuya función sería modular los procesos y reacciones producidos en nuestro organismo. Sobre fondo amarillo se situaron los alimentos energéticos, esto es aquellos que proporcionan nutrientes capaces de cubrir la energía gastada para mantener y desarrollar la actividad diaria.

Alimentos de cada sector o grupo de la “Rueda de los Alimentos”:

Grupo I: conformado por la leche y derivados completos: queso, cuajada y yogur. Este grupo aporta fundamentalmente proteínas de elevado valor biológico y calcio.

Grupo II: integrado por las carnes, los huevos y los pescados. Son alimentos que aportan proteínas animales de elevado valor biológico hierro, vitaminas del complejo B, minerales y oligoelementos.

Grupo III: en el cual encontramos las patatas, las legumbres (lentejas, garbanzos, judías, habas secas, guisantes...) y los frutos secos. Son fuente de proteínas de origen vegetal y fibras (las legumbres y frutos secos), de ácidos grasos mono y poli-insaturados (frutos secos) vitaminas del complejo B, hierro, calcio e hidratos de carbono complejos (patatas y legumbres).

Grupo IV: constituido por las verduras y hortalizas, tanto crudas como cocidas. Tienen un gran contenido en vitaminas C y β -caroteno, y en fibra dietética, además de minerales como hierro, calcio y agua.

Grupo V: está compuesto por las frutas. Son alimentos ricos en agua, fibra, azúcares sencillos y vitaminas C y β -caroteno, así como en sales minerales.

Grupo VI: formado por los cereales (trigo, arroz, maíz, avena...), el azúcar, la miel y los dulces. Los cereales aportan hidratos de carbono complejos, mientras que el azúcar, la miel y las pastas son fuente de glúcidos sencillos. Los cereales completos o integrales también son fuente importante de fibras y vitaminas del complejo B.

Grupo VII: se reúnen en este grupo el aceite, la mantequilla, las margarinas y el tocino, ricos, algunos de ellos, en vitaminas liposolubles y, otros, en ácidos grasos esenciales.

Para conseguir una dieta variada y completa con la “Rueda de los Alimentos”, bastaría con elegir uno o dos alimentos de cada uno de los grupos y distribuirlos a lo largo de las diferentes comidas del día.

Basada en esta guía se ha desarrollado una “*Nueva rueda de los alimentos*” (figura 2) (Martínez Álvarez, 2007) cuyas diferencias frente a la anterior se basa en la reducción a seis grupos. Los grupos I) y II) pertenecientes a los *alimentos energéticos*, con composición predominante en hidratos de carbono el primero de ellos, derivados de los cereales, patatas, azúcar y con composición predominante en lípidos (mantequilla, aceites y grasas en general) el segundo. Los grupos III) y IV) son *alimentos plásticos* de composición predominante en proteínas con productos de origen lácteo el tercero y el cuarto conformado por el grupo de cárnicos, huevos y pescados, legumbres y frutos secos. Los dos últimos son los *alimentos reguladores*, el V) que contiene las hortalizas y verduras y, el VI) correspondiente a las frutas. Este icono señala los alimentos que deben consumirse en ocasiones esporádicas representándolos con un tamaño más reducido que los de consumo más frecuente. Incluye en su punto más céntrico, una mención explícita al ejercicio físico y a la necesidad de ingerir agua en cantidades suficientes.

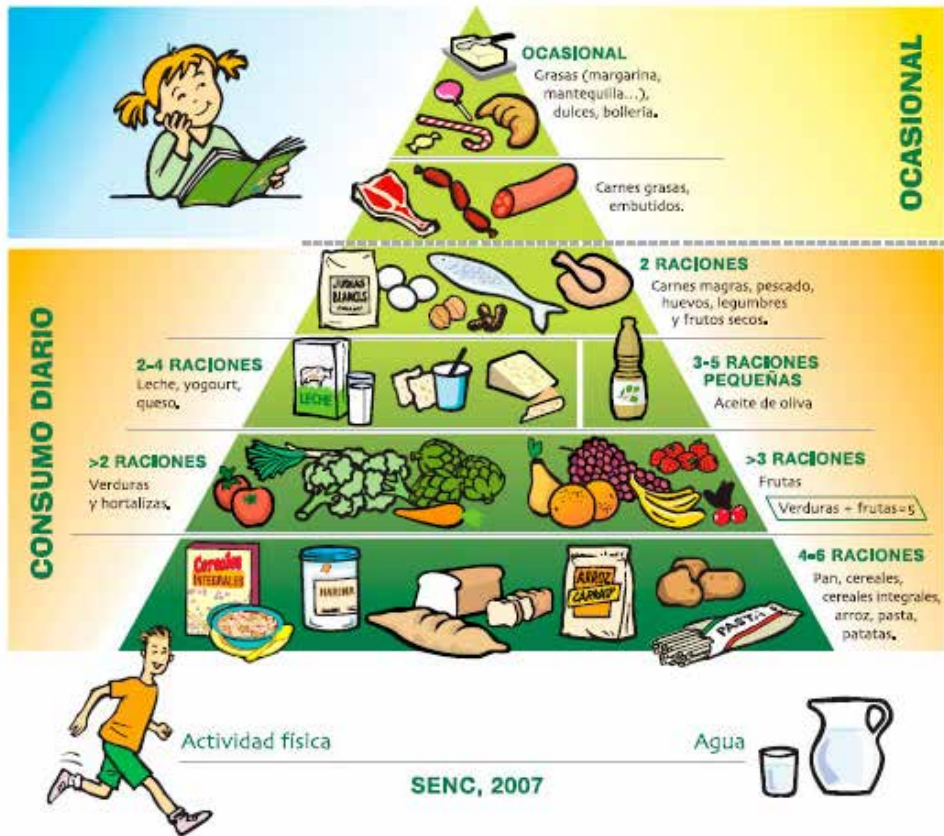
Figura 2: “Nueva rueda de los alimentos” propuesta por SEDCA



3.2. Pirámide de la Alimentación Saludable para la población escolar

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, 2007), realizó una propuesta de icono de guías alimentarias adaptadas para la población escolar. En ella se situaron por niveles los grupos de alimentos que deberían ser consumidos de forma diaria u ocasional (figura 3).

Figura 3. Pirámide de la Alimentación Saludable para la población escolar



En el pie de la misma se representa la idoneidad de complementar una alimentación saludable con la práctica de actividad física y una adecuada hidratación, basada en la ingesta de agua.

En su base, la pirámide establece cuatro escalones de grupos de alimentos de *consumo diario*. En un primer nivel encontramos pan, cereales, cereales integrales, arroz,

pasta y patatas con la recomendación de realizar una ingesta de 4 a 6 raciones diarias. El segundo escalón lo ocupan las verduras, hortalizas y frutas recomendando un consumo de cinco raciones al día (3 de frutas y 2 de verduras/hortalizas). El tercer nivel queda claramente diferenciado en dos grupos: los lácteos con una recomendación de 2 a 4 raciones/día y el aceite de oliva a quien reserva de forma explícita. El consumo de 3 a 5 raciones pequeñas (cucharaditas). Para el cuarto nivel, reserva los alimentos proteicos de quienes recomienda un consumo de dos raciones al día de forma variada entre: carnes magras, pescado, huevos, legumbres y frutos secos.

Alimentos para consumir *sólo de forma ocasional*: Se refiere a las carnes grasas y embutidos y, por último en el nivel superior (el de menor consumo) sitúa las grasas (mantequilla, margarina), los dulces y la bollería.

3.3. Pirámide mixta de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)

La Pirámide de la Estrategia NAOS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), es una propuesta respaldada por la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En ella (figura 4) se muestran las recomendaciones de frecuencia del consumo de los distintos grupos de alimentos paralelamente con las recomendaciones de distintas actividades de ejercicio físico (juegos, paseo, subir escalera, etc.). Sobre un fondo que asemeja la vela de un barco (*nao*) existen tres niveles de recomendación: varias veces al día, varias veces a la semana y ocasionalmente. El *casco* del barco o pirámide recuerda la necesidad de beber más agua y tener un estilo de vida saludable.

Es la primera pirámide publicada en España que muestra ambas recomendaciones, tanto las de alimentación saludable como las de actividad física, combinándolas en un mismo gráfico con el fin fomentar hábitos alimentarios en línea con la Dieta Mediterránea e impulsar también la práctica regular de la actividad física entre la población para adoptar estilos de vida saludables y prevenir la obesidad.

3.4. Las recomendaciones de actividad física para población de 5 a 17 años

Llevar una vida activa se asocia a múltiples beneficios para la salud a cualquier edad. Ser activo físicamente durante la infancia y adolescencia no sólo es importante para la salud en ese periodo de la vida, sino también para mantenerla durante toda su vida. La realización cotidiana de actividad física en la infancia aporta beneficios físicos y bienestar emocional, a corto y largo plazo, a la vez que aumenta las posibilidades de que los escolares sean más activos durante la edad adulta.

Figura 4. Pirámide Naos (AECOSAN, 2005)



En general, las recomendaciones de actividad física proponen el mínimo necesario para obtener beneficios para la salud; no obstante, un mayor nivel de actividad puede producir beneficios adicionales.

Ámbito 2: *Alimentación y Actividad Física*

Recomendaciones de actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla:

- Realizar al menos 60 minutos (1 hora) al día de actividad física aeróbica de moderada a vigorosa. Este tiempo puede conseguirse sumando periodos más cortos a lo largo del día por ejemplo dos veces 30 minutos.
- Incluir, al menos 3 días a la semana, actividades de intensidad vigorosa y actividades de fortalecimiento muscular y de mejora de la masa ósea que incluyan grandes grupos musculares
- Reducir los periodos sedentarios prolongados:
 - Limitar el tiempo frente a la televisión u otras pantallas (móviles, videojuegos, ordenadores, etc.) con fines recreativos a un máximo de 2 horas al día.
 - Minimizar el tiempo de transporte motorizado (en coche, en autobús, en metro) y fomentar el transporte activo, recorriendo a pie o en bici, al menos parte del camino.
 - Fomentar las actividades al aire libre.

Evidentemente el papel adjudicado a la escuela es la enseñanza/aprendizaje del contenido curricular, y en ello la traslación del conocimiento, experiencia y actitudes es esencial. Asumiendo que el currículo escolar no se limita a lo que los docentes transmiten explícitamente en clase, sino que incluye también mensajes indirectos, capaces de influir sobre la formación del escolar, se deben ampliar los ámbitos de actuación para hacer patente una verdadera educación para la salud, teniendo en consideración aspectos como: la *interdisciplinariedad*, ya que los hábitos alimentarios no se refieren sólo al qué y cuánto se come, sino que alcanzan el dónde, el cuándo, el cómo o con quién; el *espacio físico o escenario* que es el propio centro escolar y que debe ser cuidado como un lugar de consumo de alimentos y bebidas; o bien la *cotidianeidad* que supone el hecho alimentario o de actividad física que supone la posibilidad de partir de la experiencia vital del escolar y realizar múltiples experiencias de aprendizaje prácticas en escenarios reales.

Así lo manifestó también el Parlamento Europeo que recomendó a los Estados Miembros “*la inclusión en los planes educativos y de estudios, desde la primera infancia, de conocimientos y experiencias sensoriales sobre alimentación, salud nutricional y hábitos alimenticios, incluidos aspectos históricos, territoriales y culturales, pero también basados en la experiencia, para contribuir a mejorar el estado de salud y bienestar de la población, la calidad de los alimentos y el respeto por el medio ambiente*”. Señalando “*la necesidad de enriquecer además el currículum escolar con información sobre la cultura gastronómica, en particular local, el proceso de preparación, producción, conservación y distribución de los alimentos, sus influencias*

socioculturales y los derechos del consumidor” y reiteró: “la necesidad de que en los colegios se eduque en materia de nutrición y se enseñe una alimentación adecuada, saludable y placentera”, así como que la “práctica deportiva y la actividad física sean reforzadas en las escuelas de primaria y secundaria de toda la Unión Europea” (Resolución del Parlamento Europeo, 2014).

No podemos olvidar que la escuela tiene un gran potencial en la promoción de salud tanto en el desarrollo de la infancia, de la juventud, como de las familias y de toda la comunidad educativa. El desarrollo de diferentes enfoques de participación y trabajo pedagógico puede mejorar el aprendizaje del alumno y además puede ayudar a la propia comunidad a gestionar la salud en el marco social inmediato, seguro que con ello estaremos mejorando la eficiencia de la escuela.

■ 4. Referencias bibliográficas

- AECOSAN (2014). *Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2013*. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Martínez-Álvarez, J.R., Arpe, C., Iglesias, C., Pinto, J.A., Villarino, A., Castro, M.J., et al. (2007). *La nueva rueda de los alimentos: su papel como recurso didáctico y en la promoción de la alimentación saludable*. Consultado en: http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/PDF/USOrueda.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Murillo, J.J. (2015). Currículo escolar. Alimentación/Nutrición. Vida activa y estilos de Vida saludables. En: Rivero Urgell, M. et al (coord.). *Libro blanco de la nutrición infantil en España* (pp. 385-391). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- OMS (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: OMS.
- OMS (2004). *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. Ginebra: OMS Consultado en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

- Palacios, J.M. y López-Nomdedeu, C. (1980). *Manual del iniciado en el Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- Quiles, J. (2001). Objetivos nutricionales y guías alimentarias (pp. 57-74). En: Quiles, J. (ed.), *Alimentación y Nutrición Comunitarias* (Tomo II). Elx: Limmencorp.
- Resolución del Parlamento Europeo (2014). de 12 de marzo de 2014, sobre el patrimonio gastronómico europeo: aspectos culturales y educativos. Consultado en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2014-0211+0+DOC+XML+V0//ES>
- SENC (2007). *Guía de la alimentación saludable 2007*. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.
- Tojo, R. y Leis, R. (2013). Situaciones fisiológicas y etapas de la vida: la edad infantil. En: Varela, G (coord.) *Libro blanco de la nutrición en España*. Madrid: Fundación Española de Nutrición, 2013.

Problemas y hábitos del alumnado en la alimentación y la actividad física. Algunas recomendaciones de intervención para el ámbito educativo

Lourdes Pérez de Eulate, Enrique Llorente

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

E-mail: lourdes.perezdeulate@ehu.eus

RESUMEN: El presente capítulo responde al interés de unir la investigación epidemiológica a la práctica educativa. En concreto, se defiende que la educación obligatoria en el ámbito de la alimentación y la actividad física esté basada en estudios sobre los hábitos y problemas del alumnado en estos temas. Para ello, repasaremos algunos datos actuales sobre los hábitos alimentarios y de actividad física de nuestros estudiantes.

Posteriormente, con el fin de planificar las estrategias educativas más adecuadas, se presentarán las recomendaciones de expertos nacionales e internacionales sobre la educación de la alimentación y la actividad física. Los estudios epidemiológicos en la población escolar señalan la importancia de la obesidad y el sedentarismo, ya que ambos problemas son causa de lo que los especialistas llaman “el ambiente obesogénico”. Los expertos recomiendan acciones educativas que abarquen conjuntamente las dos áreas, que refuercen actitudes saludables, estén dirigidas a grupos y se pongan en práctica en diferentes contextos.

PALABRAS CLAVE: Alimentación, Actividad física, Educación para la salud escolar, Recomendaciones de expertos, Hábitos del alumnado.

Problems and habits of students on nutrition and physical activity. Some recommendations for education intervention

ABSTRACT: The present chapter intends to join the interest of the epidemiological investigation with the educational practice. We consider that the compulsory education in the areas of nutrition and physical activity should be based on studies on the habits and problems of the students related to these topics. We show current information on food habits and physical activity of our students. Later, in order to plan the most suitable educational strategies, recommendations of national and international experts on the education of nutrition and the physical activity are presented. The epidemiological studies in the school population indicate the importance of the obesity and the sedentary lifestyle. Experts recommend educational actions that include both areas together, which reinforce healthy attitudes, directed to groups and carried out in different contexts.

KEY WORDS: Physical activity, School health education, Expert recommendations, Habits of students.

■ 1. Introducción

Actualmente la salud está dejando de ser una cuestión estrictamente sanitaria para ser una preocupación de toda la comunidad, en donde el medio escolar cobra especial relevancia. Esta nueva forma de entender la salud, y por tanto la salud nutricional, supone un planteamiento innovador que afecta al diseño del currículum y muy especialmente en las áreas de educación física y conocimiento del medio. Además, la educación alimentaria deja de centrarse en el tratamiento de la nutrición para orientarse hacia la Promoción y Educación en la Alimentación y la Actividad Física. Estas transformaciones obligan al educador a conocer qué hábitos hay que cambiar en relación con la alimentación y la actividad física, así como las recomendaciones de diferentes profesionales sobre las estrategias a seguir para conseguirlo.

En este artículo se hace un repaso, por una parte, de los estudios sobre el comportamiento alimentario y la actividad física del alumnado; y, por la otra, de las sugerencias de expertos sobre qué aspectos deben ser tenidos en cuenta por el educador en Promoción y Educación de la Alimentación y la Actividad Física.

1.1. Estudios sobre problemas en la alimentación y actividad física de la población estudiantil

Para planificar estrategias de intervención el primer paso es conocer los problemas y el número de estudiantes afectados. Presentamos un resumen de diferentes estudios sobre los hábitos alimentarios y la actividad física del alumnado durante la escolarización obligatoria que proporcione datos reveladores de la realidad actual, y que nos indique qué problemas hay que abordar en la escuela en estas edades.

1.2. Estudios sobre hábitos alimentarios

La obesidad representa actualmente un problema de salud en los países desarrollados que se produce como consecuencia de una combinación entre una ingesta calórica excesiva y una escasa actividad física (Serra, Ribas, Pérez, Román y Aranceta, 2003). En España, la obesidad es un trastorno nutricional grave y de prevalencia creciente en la población escolar. En un conocido estudio Enkid (1998-2000) realizado en la población española en el grupo de 2 a 24 años, se resalta que la prevalencia de obesidad entre 6 y 13 años es del 16,1% y el 23,6% de estos tiene sobrepeso (Aranceta y Serra, 2001). Más recientemente, el estudio Aladino (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2013) realizado con menores de entre 6 y 9 años de todo el país, mostró que uno de cada dos niños tenía exceso de peso con respecto a los patrones de crecimiento que establece la OMS, y, que España era el 4º país europeo de prevalencia de obesidad infantil.

Otras investigaciones con adolescentes nos dan parecidos resultados. El estudio internacional Health Behaviour in School Age Children (HBSC), dirigido por la Organización Mundial de la Salud (Currier et al., 2012), encontró que el 16,8% de los adolescentes españoles encuestados se encontraba en situación de sobrepeso y obesidad. La encuesta nacional de salud 2011-2012 reveló que en nuestra sociedad de cada diez niños y adolescentes, dos padecen sobrepeso; y uno, obesidad (MSSI, 2013). Asimismo, según los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, cada vez hay más adolescentes que se separan de su “normo peso”, encontrándonos tanto con altas cifras de obesidad como de personas afectadas de anorexia. Los adolescentes con sobrepeso tienen un 70% de probabilidades de llegar a ser adultos con sobrepeso u obesos, y la obesidad tiene una gran repercusión en el desarrollo psicológico y en la adaptación social de los niños y adolescentes (Santos, 2005).

Respecto a los hábitos alimentarios, la Encuesta Europea de Salud 2009 (Instituto de Información Sanitaria, 2011) indica que solo cinco de cada diez jóvenes entre 15 y 24 años consumen fruta diariamente. En España, el estudio Enkid (1998-2000) de 2 a 24 años (Serra et al., 2003), muestra que el consumo de fruta y verdura es muy inferior al deseable para este grupo de edad y decrece de la infancia a la adolescencia. En el mismo estudio se apuntan otros aspectos que afectan a la nutrición y a la alimentación, como no llevar unos horarios regulares de comida, el denominando consumo de “*chucherías*”, “*picoteo*”, etc. En un estudio realizado por la Universidad del País Vasco (Pérez de Eulate, Ramos, Liberal y Latorre, 2005) se detectó que un elevado porcentaje de la población de secundaria excluye las verduras en su alimentación y se salta alguna de las comidas. Otros estudios muestran que los hábitos alimentarios de los adolescentes son semejantes en diferentes contextos (Rivarosa y De Longhi, 2006; Gómez et al., 2007). En general, parece que el patrón de consumo dietético de las chicas es menos erróneo que el de sus compañeros masculinos (Benarroch y Pérez, 2011).

Hay que tener en cuenta que los hábitos alimentarios guardan mucha relación con la obesidad. Así, los estudios muestran que la obesidad es inferior en los niños y jóvenes que consumen 4 o más raciones de frutas y verduras al día, y en aquéllos que realizan un desayuno completo (Santos, 2005).

A pesar de que los jóvenes relacionan la salud con una buena alimentación y actividad física (Hernán, Fernández y Ramos, 2004), estos mismos autores detectan entre los jóvenes la pérdida de una dieta variada y equilibrada. Esto no es de extrañar, ya que una parte del alumnado de secundaria entiende por una dieta variada comer diferentes alimentos, y no alimentos de distintos grupos (Lytle, Eldridge, Kotz, Piper, Williams y Kalina, 1997; Membiela y Cid, 1998).

1.3. Estudios sobre hábitos relacionados con la actividad física

La transformación de las ciudades modernas y la invasión de las nuevas tecnologías han creado un entorno obesogénico, en el cual los cambios de hábitos alimentarios van acompañados de transformaciones en los hábitos de vida. El entorno urbano hace que los ciudadanos, y también los adolescentes, lleven una vida más sedentaria.

La práctica de actividad física en niños y adolescentes es cada vez menos frecuente, lo que conlleva a que el sedentarismo se haya convertido en un problema de Salud Pública (Escalante, 2011; Lima-Serrano et al., 2012). En el estudio internacional Health Behaviour in School Age Children (HBSC), dirigido por la Organización Mundial de la Salud (Currier et al., 2012), se encontró que en España solo el 23,7% seguía la recomendación de la OMS a los adolescentes sobre la necesidad de realizar un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física. Otro estudio realizado en España también muestra porcentajes de inactividad semejantes, concretamente del 25'3% en adolescentes de 12-18 años (Cordente et al., 2007).

Los niños españoles prefieren ver la televisión y jugar con videojuegos o conectarse a internet. De hecho, un estudio sobre audiencia infantil de niños españoles, de entre 8 y 13 años (AIMC, 2004), muestra que en 2003-2004 pasaban una media de 2 horas y 30 minutos al día viendo televisión y media hora adicional jugando con videojuegos o conectados a internet. En 2015 el informe Kids' TV Report (Eurodata TV Worldwide, 2015), realizado en niños de entre 4 y 12 años, indicó que en España el tiempo había disminuido solo hasta dos horas.

Los estudios muestran que la prevalencia de obesidad es más elevada entre los adolescentes que dedican mucho tiempo a actividades sedentarias (estudio, TV, ordenador, videojuegos...) y que no practican ningún deporte habitualmente (Santos, 2005). También, se ha encontrado relación entre el estilo de vida sedentario y las conductas de riesgo para la salud en la adolescencia (Rodríguez-Hernández et al., 2011).

■ 2. Recomendaciones de intervención educativa

En este apartado, partiendo de una perspectiva multidimensional de la obesidad, recogeremos las opiniones de diversos expertos para afrontar problemas relacionados con la alimentación y la actividad física en el ámbito educativo. Y por la otra, mostraremos los programas de diversas instituciones dirigidos al mundo escolar con el objetivo de contribuir a mejorar los hábitos alimentarios y el estado físico de la población escolar.

2.1. Recomendaciones de expertos

La obesidad no es considerada como un simple factor de riesgo para la salud, sino como un problema que necesita de una aproximación y colaboración de diferentes campos (Egger y Swinburn, 1997; Brownson, Baker, Housemann, Brennan y Bacak, 2001; Elder et al., 2007). Esto exige prestar atención a las causas sociales de la obesidad relacionadas con lo que se ha denominado “ambiente obesogénico” o entornos que fomentan la comida poco sana y el sedentarismo (Santos, 2005). Al considerar la salud como un bien social, es preciso estimular un estado de opinión crítico sobre “salud nutricional” a través de la comunidad y los medios de comunicación. Así, si la promoción integral de la salud exige relacionar alimentación y actividad física, para reducir la epidemia de obesidad, hay que combatir el llamado ambiente obesogénico mediante acciones comunitarias basadas en la información y la educación de la población que promuevan cambios en el entorno socioeconómico, ya que este determina la elección de los alimentos y la práctica de la actividad física (Egger y Swinburn, 1997). Por ejemplo, Faulkner muestra los efectos positivos sobre el descenso de la obesidad de medidas económicas como el aumento de las tasas a productos hipercalóricos y las ayudas al ejercicio físico (Faulkner et al., 2011), y la OMS recomienda limitar la publicidad de comida rápida.

Esta visión multidimensional de la obesidad, además de demandar intervenciones educativas que superen la dimensión escolar, sugiere para el ámbito educativo los siguientes aspectos:

Los expertos apoyan la inclusión de una referencia específica a la actividad física en la definición de salud nutricional pública (Hughes, 2003) e indican la conveniencia de que las dos áreas (alimentación y actividad física) se contemplen bajo un mismo ámbito académico y en constante relación (OMS, 2004).

Se demanda intervenciones educativas que aborden los problemas de la alimentación y la actividad física en otros contextos, señalando la importancia de la familia en la justificación de lo que se come y en la formación de hábitos alimentarios (Rivarosa y De Longhi, 2006; Perez Lancho, 2007). Santos (2005) al señalar el peso del ambiente y la comunidad, anima al profesorado a no culpar al alumnado obeso y a fomentar cambios en los hábitos de la vida cotidiana, como aumentar las actividades al aire libre.

Se recomienda que, además de la información, se deba tener en cuenta las actitudes, ya que éstas se consideran mediadoras de los comportamientos. En este sentido, las propuestas para la promoción de la alimentación equilibrada y la actividad física tienen como objetivo la promoción de actitudes saludables en estas dos áreas (Lobo, 2007; Lima Serrano et al., 2012).

Apoyándose en la importancia socializadora del grupo de iguales durante la adolescencia, algunos especialistas sugieren que las acciones educativas deberían ser colectivas más que individuales (Santos, 2005; Bermejo, 2010).

Por último, y más concretamente, en un estudio realizado con expertos en España para consensuar las competencias a tener en cuenta en la educación obligatoria sobre alimentación y actividad física (Pérez de Eulate, Llorente, Gavidia, Caurín y Martínez, 2015) emergieron las siguientes recomendaciones curriculares:

- Integrar contenidos referentes a problemas vinculados con el sedentarismo y la mala práctica deportiva.
- Añadir contenidos menos habituales como los relacionados con la malnutrición por defecto y las enfermedades crónicas, alergias e intolerancias alimentarias.
- No considerar importantes para la formación básica, algunos de los contenidos, relacionados con el problema del sobrepeso y la obesidad habituales en el curriculum, como, por ejemplo, el cálculo del IMC (Índice de Masa Corporal), y las bases fisiológicas de la digestión.

2.2. Programas de organismos e instituciones

En España se han puesto en marcha estrategias interdisciplinares y mixtas (alimentación-actividad física), como la estrategia NAOS “Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad y Salud” de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN, 2005 y 2007; Ballesteros, 2007), y el programa PERSEO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Educación, 2012) dirigidas al medio escolar, con el objetivo de que niños y jóvenes adopten hábitos de alimentación saludable, junto con la estimulación de la práctica de deporte y actividad física. En estos proyectos se ha contado con la aportación de profesionales (psicólogos, economistas...) procedentes no solo del campo educativo, con lo que se defiende la aproximación interdisciplinar y multiprofesional. La estrategia NAOS tiene un enfoque integral que trasciende los ámbitos sanitario y educativo, pretendiendo cambiar el entorno social mediante la sensibilización de la población sobre el problema de la obesidad. Esta estrategia contempla la perspectiva de género y de equidad ya que las mujeres y los grupos socialmente más desfavorecidos sufren más frecuentemente los problemas alimentarios. El programa PERSEO tiene como objetivo habituar a los escolares a una dieta saludable a través de los menús escolares y estimularles a la práctica de deporte y actividad física.

La alimentación es uno de los temas más trabajados en la escuela, pero suele tener como eje el concepto de nutrición, habiendo pocos proyectos que tengan un enfoque conjunto de la alimentación y la actividad física, y que, además, estén centrados en los problemas que tienen los adolescentes en estos temas. Un estudio de los materiales educativos de diferentes Autonomías sobre la alimentación y la actividad física (Pérez de Eulate, Gavidia y Llorente, 2013) muestra que los proyectos de las Comunidades no contemplan las orientaciones actuales sobre la Educación alimentaria, tanto en lo referente a la conveniencia de relacionarla con la actividad física, como a plantearla desde una perspectiva social y ecológica. Sin embargo sí que atienden a las dimensiones disciplinares e individuales de la salud, así como al problema de la obesidad. Entre los proyectos educativos promovidos por las diferentes comunidades autónomas que defienden la conveniencia de un enfoque conjunto de estas dos áreas podemos citar los publicados por el Ministerio de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo (Aznar y Webster, 2005), la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria (López et al., 2010), y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2012).

■ 3. Referencias bibliográficas

- AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria) (2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia a la obesidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) (2007). *La alimentación en la Educación Secundaria Obligatoria. Guía didáctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2013). *Estudio ALADINO: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- AIMC (2004). Estudio de Audiencia Infantil. En: Santos, S (2005). *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5 (19), 179-199.
- Aranceta, J., Serra, L., et al. (2001). Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: Serra Majem, L. y Aranceta Bartrina J. (eds.). *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid*. Barcelona: Editorial Masson.
- Arribas, J. M., Dal Re Saavedra, M., Perez Farinos, N. y Villar Villalba, C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5), 443-449.

- Aznar, S. y Webster, T. (2006). *Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ballesteros, J.M., Dal-Re, M., Pérez-Farinós, N., Villar, C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5): 443-449.
- Benarroch, A. y Pérez, S. (2011). Hábitos e ingestas alimentarias de los adolescentes melillenses. *Publicaciones*, 41, 65-83.
- Bermejo, M.A. (2010). Hábitos de vida y adolescencia. Diseño y pilotaje de un cuestionario sobre hábitos de vida en un grupo de adolescentes guipuzcoanos (13-17 años). Comunicación presentada en las “IV Jornadas de Antropología de la Alimentación, Nutrición y Salud: alimentación y globalización” de Eusko Ikaskuntza/Sociedad de Estudios Vascos.
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Housemann, R. A., Brennan, L. K., & Bacak S. J.(2001). Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1995-2003.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2012). *Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada*. Sevilla: Junta de Andalucía (consultado 18 enero 2012 en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alimentacion_equilibrada/Plan_actividad_fisica.pdf).
- Cordente, C.A., García, P., Sillero, M., y Domínguez, J. (2007). Relación del nivel de actividad física, presión arterial y adiposidad corporal en adolescentes madrileños. *Revista Española de Salud Pública*, 81 (3): 307-317.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., et al. (eds.) (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study. International report from the 2009/2010 survey. *Health policy for children and adolescents*, no. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf.
- Egger, G. y Swinburn, B. (1997). An “ecological” approach to the obesity pandemic. *British Medical Journal*, 315 (7106), 477-483.

- Elder, J.P., Lytle, L., Sallis, J.F., Young, D.R., Steckler, A., Simons-Morton, D. y Lohman, T. (2007). A description of the social-ecological framework used in the trial of activity for adolescent girls (TAAG). *Health Education Research*, 22, 155-165.
- Escalante, Y. (2011). Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 84 (4): 325-328.
- Eurodata TV Worldwide (2015). Kids' TV Report. January-June.
- Faulkner, G.E., Grootendorst, P., Nguyen, V.H., Andreyeva, T., Arbour-Nicitopoulos, K., Auld, M.C., Cash, S.B., et al. (2011). Economic instruments for obesity prevention: results of a scoping review and modified delphi survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011, 8: 109. doi:10.1186/1479-5868-8-109. The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.ijbnpa.org/content/8/1/109>.
- Gómez, C., Lourenco, T., Loria, V., Marin, M., Martínez, J.R., Pérez, C., Polanco, I. y colaboradores DNN, et al. (2007). Análisis de las encuestas de hábitos alimentarios realizadas durante la cuarta edición del día nacional de la nutrición (DNN). *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 27 (1), 32-40.
- Hernán, M., Fernández, A., y Ramos, M. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18, 47-55.
- Hughes, R. (2003). Definitions for public health nutrition. A developing consensus. *Public Health Nutrition*, 6 (6), 615-620.
- Instituto de Información Sanitaria (2011). *Encuesta Europea de Salud en España en 2009. Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Instituto Nacional de Estadística.
- Lima-Serrano, M., Lima-Rodríguez, J. S. y Saez-Bueno, Á. (2012). Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia. *Revista Española de Salud Pública*, 86 (3), 253-268.
- Lobo, F. (2007). Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5), 437-441.
- López, M^a. E., Bonilla, C., del Barrio, M.L. y Brugos, V. (2010). *Programa alimentación saludable y actividad física en la infancia y adolescencia Cantabria*. Santander: Gobierno de Cantabria. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad.
- Lytle, L., Eldridge, A., Kotz, K., Piper, J., Williams, S. y Kalina, B. (1997). Children's interpretation of nutrition messages. *Journal of Nutrition Education*, 29 (3), 128-135.

- Membriela, P. y Cid, M. (1998). Desarrollo de una unidad didáctica centrada en la alimentación humana, social y culturalmente contextualizada. *Enseñanza de las Ciencias*, 16 (3), 499-511.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Educación (2012). *Estrategia NAOS. Programa Perseo* [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Educación Disponible en: <http://www.per-seo.aesan.msssi.gob.es/es/index.shtml>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Encuesta nacional de salud 2011-2012*. Notas de prensa. España: Instituto Nacional de Estadística.
- OMS (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. 57.ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>
- Pérez de Eulate, L., Llorente, E. y Gavidia, V. (2013). La alimentación y la actividad física en los materiales escolares de diferentes Autonomías. *IX Congreso Internacional de Didácticas de las Ciencias*, 2769-2773.
- Pérez de Eulate, L., Llorente, E., Gavidia, V., Caurín, C. y Martínez, M.J. (2015). ¿Qué enseñar en la educación obligatoria acerca de la alimentación y la actividad física? Un estudio con expertos. *Enseñanza de las Ciencias*, 33 (1), 85-100.
- Pérez de Eulate, L., Ramos, P., Liberal, S., y Latorre, M. (2005). Educación nutricional. Una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de las Ciencias*, nº extraordinario, 1-5.
- Pérez Lancho, C. (2007). Alimentación y educación nutricional en la adolescencia, *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 6, 600-634.
- Rivarosa, A.S. y De Longhi, A. (2006). La noción de Alimentación y su representación en alumnos escolarizados. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 5 (3).
- Rodríguez-Hernández, A., De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S., y Martínez-Santos, R. (2011). Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Revista Española de Salud Pública*, 85 (4), 373-382.
- Santos, S. (2005). La Educación Física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5 (19), 179-199.
- Serra, Ll., Ribas, B., Pérez, C., Román, B. y Aranceta, J. (2003). Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. *Medicina Clínica*, 121, 126-131.

Recomendaciones de práctica de actividad física y contextos de intervención en la edad escolar: el rol del centro educativo

Javier Molina-García

Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal.
Unidad Docente de Didáctica de la Educación Física. Universitat de València.
E-mail: Javier.Molina@uv.es

RESUMEN: La actividad física constituye una de las conductas de salud que más atención está recibiendo por parte de la comunidad científica en los últimos tiempos. Un análisis completo de esta conducta implica distinguir y analizar en qué contextos suele tener lugar. El centro educativo desempeña un papel crucial en la promoción de la actividad física en los diferentes contextos de práctica. En el presente capítulo se pretende realizar una introducción conceptual a la actividad física y analizar el rol del centro educativo en la promoción del estilo de vida activo en la infancia y la adolescencia.

PALABRAS CLAVE: Infancia y adolescencia, Actividad física, Salud, Entorno escolar.

Recommendations about physical activity and contexts of intervention at school age: the role of the educational center

ABSTRACT: Physical activity is one of the health behaviors that is receiving more attention from the scientific community in recent times. A complete analysis of this behavior involves distinguishing and analyzing the contexts where it usually takes place. The school plays a crucial role in promoting physical activity in different contexts of practice. In this chapter, a conceptual introduction to physical activity is made with the objective of analyzing the role of the educational center in promoting active lifestyle in childhood and adolescence.

KEYWORDS: Childhood and adolescence, Physical activity, Health, School environment.

1. Introducción

En los últimos tiempos la práctica de actividad física es una de las conductas que más atención está recibiendo como componente esencial de un estilo de vida saludable. La falta de actividad física o inactividad física constituye uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo y es responsable de una de cada diez muertes en el mundo, prácticamente el mismo número que las que provoca la obesidad o el tabaco (Lee et al., 2012). La práctica regular de actividad física aumenta la esperanza de vida, previene de muchas enfermedades y produce efectos beneficiosos para el organismo. Hasta el 10% de las principales enfermedades no transmisibles, como son las cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y los cánceres de mama y colon, se asocian con la inactividad física (Lee et al., 2012).

Existe consenso a la hora de definir la actividad física como cualquier movimiento voluntario realizado por la musculatura esquelética que deriva en un gasto de energía por encima del metabolismo basal (tabla 1). A esta definición de base biológica, autores como Devís (2000), incorporan una dimensión personal y sociocultural. Así pues, la actividad física supone, además, una experiencia personal que permite experimentar sensaciones muy diversas y adquirir conocimientos de nuestro entorno y cuerpo. Asimismo, las diferentes formas de actividad física forman parte de la cultura de la comunidad, teniendo lugar en interacción con otras personas y con el entorno. Por otro lado, el ejercicio físico se considera un subtipo de actividad física basado en actividades planificadas, estructuradas y repetitivas que persiguen mantener o mejorar la forma o condición física. Por último, el deporte sería una actividad física de carácter competitivo, reglamentado e institucionalizado. Considerando estas distinciones conceptuales y, a modo de ejemplo, una alumna, al salir del centro educativo, puede correr hacia una parada de transporte público con el fin de no perder el autobús. En este caso hablaríamos simplemente de actividad física. Por otro lado, la misma persona puede realizar habitualmente una actividad de carrera continua durante 30 minutos dos veces por semana para mantener su condición física, en este supuesto, hablaríamos de ejercicio físico. Por último, si la alumna en cuestión, participa en actividades competitivas de carrera a pie durante los fines de semana, estaríamos ante un ejemplo de actividad deportiva. En los tres ejemplos indicados el tipo de actividad sería la misma, es decir, la carrera a pie, sin embargo, podríamos diferenciar entre actividad física, ejercicio físico y deporte.

Tabla 1. Diferenciación entre actividad física, ejercicio físico y deporte

Actividad	Definición
Actividad física	Cualquier movimiento corporal realizado por la musculatura esquelética que deriva en un gasto energético por encima del metabolismo basal
Ejercicio físico	Actividad física estructurada, planificada y repetitiva con el objetivo de mantener o mejorar la condición física
Deporte	Actividad física competitiva, reglamentada e institucionalizada

■ 2. Recomendaciones y beneficios de la práctica de actividad física en jóvenes

Las recomendaciones de práctica de actividad física para cualquier grupo poblacional se suelen definir considerando las variables del denominado principio 'FITT' (véase tabla 2). Cada una de estas variables, que permiten una caracterización completa de las recomendaciones de actividad física, puede provocar consecuencias diferentes en la salud (Sallis y Owen, 1999). De ahí que las recomendaciones o prescripciones de actividad física se suelen realizar considerando estas dimensiones.

Tabla 2. Variables del principio 'FITT' y recomendaciones de actividad física en infancia y adolescencia

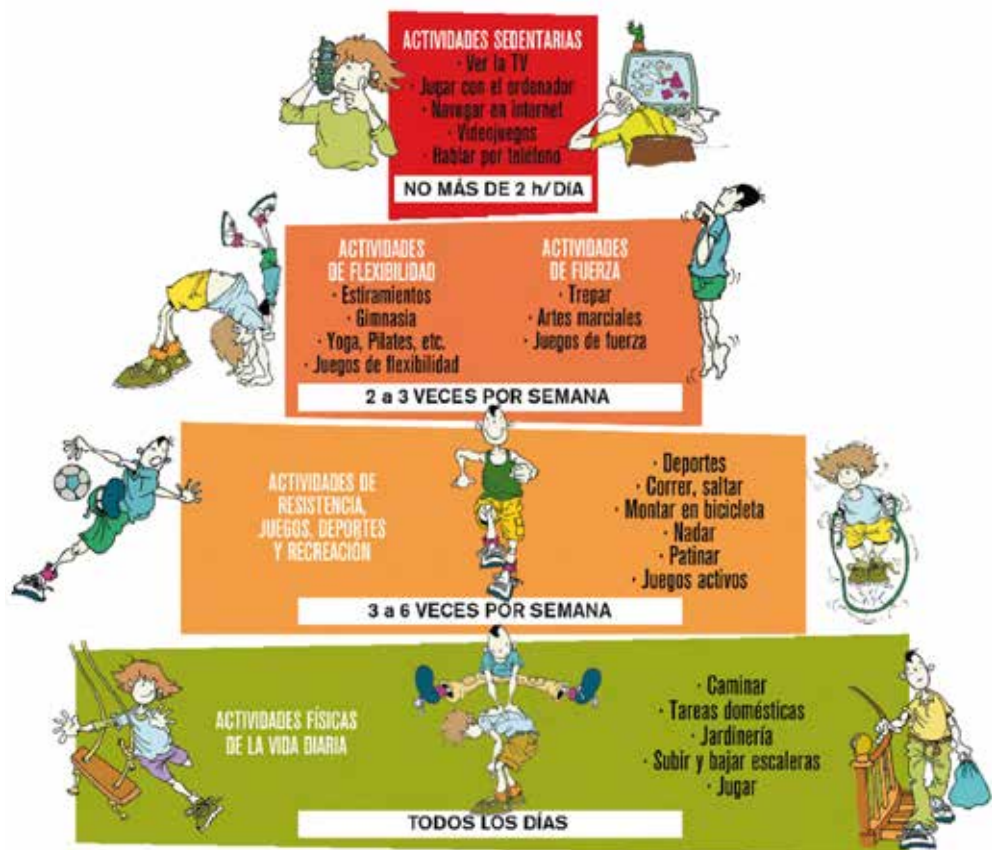
Variable	Definición	Recomendaciones en infancia y adolescencia
Frecuencia (F)	Número de veces por semana que se realiza la actividad física	Todos los días
Intensidad (I)	Cuánto trabajo, en referencia al esfuerzo	Moderada-vigorosa
Tiempo o duración (T)	Duración de cada actividad y de cada sesión	60 minutos
Tipo de actividad (T)	Por ejemplo: correr, nadar, jugar a baloncesto, bailar, etc.	Actividades aeróbicas

Actualmente existe consenso en la comunidad científica acerca de las recomendaciones de actividad física en la infancia y la adolescencia. Según diferentes organismos internacionales relacionados con la protección de la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), una persona joven debería realizar al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada-vigorosa y, preferiblemente, de carácter global de manera que implique grandes grupos musculares, como suele ser el caso de actividades físicas de resistencia (aeróbicas), juegos y deportes (tabla 2). Asimismo es recomendable la realización de actividades específicas de fortalecimiento muscular y flexibilidad al menos tres veces por semana.

Considerando estas recomendaciones, se han desarrollado iniciativas como la ‘Pirámide de actividad física’ del programa PERSEO (Veiga y Martínez, 2008) para ser utilizadas como material didáctico en las escuelas (véase figura 1). Además de las mencionadas pautas, la pirámide resalta la idea de que los niños y niñas no deberían dedicar más de 2 horas diarias a actividades de ocio sedentario, como por ejemplo, ver la televisión, videojuegos o internet. Asimismo se destaca la importancia de integrar en el estilo de vida diario actividades como subir y bajar escaleras, desplazarse andando o en bicicleta, jardinería o actividades del ámbito doméstico. Desde el punto de vista de la promoción de la actividad física saludable es necesario tener en consideración que el concepto de actividad física engloba variadas actividades y que todas ellas pueden contribuir a lograr las recomendaciones actuales de actividad física en la infancia y la adolescencia, desde actividades deportivas a actividades más espontáneas, como desplazarse andando al centro educativo.

Conocer cómo controlar la intensidad de práctica de la actividad física es un aspecto de gran importancia para evitar sobreesfuerzos y problemas de salud, así como para que el alumnado de primaria y secundaria sea capaz de gestionar su propia práctica. Esta idea conecta con el énfasis que los currículos oficiales de la asignatura de educación física en los diferentes niveles educativos suelen realizar acerca de la importancia de fomentar la autonomía en la gestión de la actividad física entre el alumnado, incluso más allá de la escuela. En el ámbito educativo, el alumnado ha de integrar la toma de la frecuencia cardiaca durante la práctica de actividad física como un medio sencillo y asequible. Como es sabido, las pulsaciones pueden ser medidas en la muñeca (pulso radial) o en el cuello (pulso carotideo) presionando con los dedos índice y corazón. En relación a la toma de pulsaciones aparece el concepto de zona de actividad física saludable como aquella que representa una intensidad de actividad física que iría de moderada a vigorosa. Esta zona estaría comprendida entre el 55 y el 89% de la frecuencia cardiaca máxima (Warburton et al., 2006). La frecuencia cardiaca máxima puede ser estimada con facilidad a través de la siguiente fórmula: chicos = $220 - \text{edad}$; chicas: $226 - \text{edad}$.

Figura 1. Pirámide de actividad física elaborada para el material didáctico del programa PERSEO (Veiga y Martínez, 2008)



En ocasiones existe confusión al utilizar los términos ‘sedentarismo’ e ‘inactividad física’ o falta de actividad física y, suelen ser usados como sinónimos (Sedentary Behaviour Research Network, 2012). El comportamiento sedentario suele definirse como aquella actividad realizada durante una posición sentada y que representa un gasto de energía bajo. Por otro lado, podemos categorizar a una persona como inactiva físicamente cuando realiza una actividad física insuficiente de acuerdo con las recomendaciones de actividad física para la salud (i.e., 60 ó 30 minutos diarios de actividad física moderada-vigorosa en jóvenes o personas adultas, respectivamente). Paradójicamente una persona puede presentar un tiempo de sedentarismo muy alto y además ser considerada físicamente activa. Por ejemplo, un alumno de educación secundaria puede dedicar muchas horas diarias a estar sentado en clase y luego en

casa estudiando, y además, desplazarse todos los días al centro educativo en bicicleta y practicar algún deporte varias veces por semana. En resumen, no se deberían utilizar los conceptos de sedentarismo e inactividad física como sinónimos.

Es destacable que más de la mitad de los españoles en edad escolar (i.e., 55,4%) no cumple con las recomendaciones internacionales de actividad física, representando un 48,4% y un 62,6% en edad infantil y adolescente, respectivamente (Mielgo-Ayuso et al., 2016). Asimismo, es sabido que el grado de inactividad física es significativamente mayor entre las chicas. Estos datos son preocupantes desde el punto de vista de la salud pública. Así pues, se precisa de planes generales de promoción de la actividad física en el contexto español que ayuden a luchar contra la falta de actividad física entre los jóvenes.

Los beneficios de la práctica regular de actividad física en la infancia y la adolescencia suelen agruparse en tres tipos (Aznar y Webster, 2006). En primer lugar nos encontraríamos con aquellos que se producen durante la propia infancia (figura 2). En segundo lugar, tendríamos aquellos relacionados con la mejora de la salud durante la edad adulta. En consecuencia, la práctica saludable de actividad física durante la infancia puede repercutir positivamente en la salud de la persona durante la vida adulta. Entre los principales beneficios destacan: la reducción del riesgo de ser una persona obesa; la reducción de la morbilidad así como de la mortalidad derivada de enfermedades crónicas en la adultez; y la mejora de la salud ósea y la reducción de enfermedades como la osteoporosis. En un tercer grupo de beneficios, se hablaría del incremento de la probabilidad de convertirse en una persona adulta físicamente activa.

Diferentes investigaciones realizadas en los últimos tiempos, han constatado que, del mismo modo que ocurre con la falta de actividad física, altos niveles de sedentarismo también se relacionarían con una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles en la infancia y la adolescencia (Ekelund et al., 2012). De ahí que entre los jóvenes en edad escolar se debieran aplicar estrategias en su rutina diaria, por ejemplo en el horario escolar, que permitan romper periodos largos de sedentarismo.

■ 3. Contextos de intervención para el logro de las recomendaciones de actividad física en la infancia y la adolescencia

Una de las ideas a considerar en la promoción de la actividad física saludable en edad escolar es contemplar que las recomendaciones de actividad física pueden ser logradas no sólo con la actividad física de tiempo libre o deportiva sino también a través de otras conductas más cotidianas, como por ejemplo a través del uso de modos de transporte activo (e.g., bicicleta) al centro educativo. Es decir, una alumna de educación primaria puede ser suficientemente activa si se desplaza habitualmente al centro escolar o a otros destinos en bicicleta, sin ser requisito imprescindible que realice una actividad deportiva concreta.

Figura 2. Beneficios de la actividad física para la salud durante la infancia y la adolescencia

- *Prevención del sobrepeso y la obesidad.*
- *Crecimiento y desarrollo saludables de los sistemas cardiovascular y músculo-esquelético.*
- *Reducción de factores de riesgo relacionados con:*
 - Enfermedades cardiovasculares.
 - Diabetes tipo 2.
 - Hipertensión.
 - Hipercolesterolemia.
- *Mejora de la salud mental:*
 - Reducción de ansiedad y estrés.
 - Reducción de depresión.
 - Mejora de la autoestima.
 - Mejora de la función cognitiva.
- *Mejora de las interacciones sociales.*

Fuente: modificado de Aznar y Webster (2006).

En base a la literatura sobre actividad física y salud, cuando se pretende acometer una descripción completa de los patrones de actividad física de la población, se suelen analizar los dominios o contextos en los que éstos ocurren (Martínez-Bello y Molina-García, 2016). Es habitual diferenciar, por ejemplo, entre dominios de actividad física de tiempo libre (e.g., deporte o ejercicio físico), actividad física doméstica (e.g., tareas domésticas, jardinería, etc.), actividad física en el ámbito escolar (e.g., asignatura de educación física) y desplazamiento activo (e.g., ir andando o en bicicleta) para ir a diferentes destinos, entre ellos el centro escolar.

El centro educativo se erige como un agente clave en la promoción de la actividad física saludable a través del diseño e implementación de programas y estrategias que fomenten estilos de vida activos y ayuden a disminuir el tiempo de sedentarismo entre los jóvenes (Pate et al., 2006). Como se indica en la figura 3, los centros escolares poseen ventajas muy destacables en la promoción del estilo de vida activo.

Figura 3. Ventajas de las estrategias de promoción de la actividad física implementadas en los centros educativos

- *Existen personas de todas las edades.*
- *El alumnado pasa gran parte de su tiempo en este entorno.*
- *Las estrategias pueden desarrollarse en grupos de edad concretos.*
- *La mayoría del alumnado considera al profesorado como una fuente de información creíble.*
- *Los centros educativos proporcionan acceso a las instalaciones e infraestructuras requeridas para realizar actividad física.*
- *Los centros educativos son el lugar de trabajo de educadores cualificados.*

Fuente: modificado de Aznar y Webster (2006).

A continuación se abordarán los contextos o momentos de práctica de actividad física más habituales en la infancia y la adolescencia, considerando el papel que el centro educativo puede desempeñar en cada uno de ellos.

3.1. Actividad física durante el horario escolar

La educación física es una asignatura que posee un papel muy valioso en la salud pública. Parte de ese valor dependería en gran parte de la cantidad de actividad física que se puede realizar por parte del alumnado durante las clases. En este sentido, se debería contemplar que para una gran mayoría de los jóvenes españoles, acorde con las estadísticas sobre inactividad física, las sesiones de educación física representarían una de las pocas oportunidades de práctica física en su rutina diaria. Para muchos autores (e.g., Sallis y Mckenzie, 1991), las sesiones de educación física deberían estar centradas en contenidos de actividad física saludable, así como asumir la recomendación internacional de mantener al alumnado físicamente activo (i.e., actividad física moderada-vigorosa) en al menos el 50% del tiempo de clase. Asimismo se suele insistir en que el nivel de habilidad física requerido para la realización de las actividades propuestas en las clases de educación física no debería ser una barrera para la participación del alumnado. En general son pocos los centros escolares que cumplen con las recomendaciones internacionales de actividad física del 50% del tiempo de clase dedicado a actividad moderada-vigorosa, oscilando entre un 27% y un 47% en estudios de revisión (Fairclough y Stratton, 2005). Las investigaciones realizadas en

el contexto español informan de niveles de actividad física bastante bajos durante las clases de educación física. En particular, se han constatado cantidades de actividad física moderada-vigorosa inferiores al 25% del tiempo total de la clase, en educación primaria y secundaria (Martínez et al., 2012; Molina-García et al., 2016). Globalmente, de acuerdo con la evidencia, los mayores niveles de actividad física se producen entre los chicos, alumnado con peso normal y entre aquellos con una mejor percepción de sus habilidades motrices.

Aparte de abogar por clases de educación física que sean más activas, es irrefutable que esta asignatura, desde el punto de vista de la promoción de la actividad física saludable, debería priorizar en aspectos experienciales que sean positivos, en las relaciones sociales e incluso fomentar la reflexión crítica. Para autores como Haerens et al. (2011), la educación física orientada a la salud se entiende de manera limitada cuando sólo se considera como un contexto para lograr altos niveles de actividad física. Una visión más completa de la educación física se produciría cuando se entiende que ésta puede promocionar estilos de vida activos y saludables a través de actividades que sean personalmente relevantes, interesantes y divertidas que afecten positivamente a la motivación intrínseca del alumnado para realizarlas fuera del propio entorno escolar.

Las autoridades y el profesorado de educación física deberían asumir el reto de lograr una educación física de calidad desde la perspectiva de la salud, intentando identificar las posibles desigualdades que se producen durante el tiempo de clase en relación al género o al nivel de habilidad del alumnado. De acuerdo con el programa PERSEO (Veiga y Martínez, 2008), algunos retos en la mejora de la calidad de la asignatura serían: incorporación de los conocimientos y contenidos sobre actividad física y salud; promoción de clases más activas; desarrollo de la competencia motriz del alumnado; y promoción de hábitos saludables de actividad física.

Como indica la asociación SHAPE America (Society of Health and Physical Educators, 2016), una educación física de calidad debería dar lugar a personas físicamente educadas. Una persona físicamente educada sería aquella que:

1. Demuestra competencia en una variedad de habilidades motoras y patrones de movimiento.
2. Demuestra conocimiento de los conceptos, principios, estrategias y tácticas relacionadas con el movimiento.
3. Demuestra el conocimiento y las habilidades para lograr y mantener un nivel saludable de actividad física y condición física.

4. Exhibe una conducta personal y social responsable que respeta a los demás y a ella misma.
5. Reconoce el valor de la actividad física como forma de salud, diversión, desafío, auto-expresión y/o interacción social.

Además de la asignatura de educación física, se debería intentar tratar transversalmente contenidos de actividad física saludable a través de otras áreas del currículo. Este abordaje transversal puede ser realizado a través de otras áreas con contenidos específicos de salud (por ejemplo, conocimiento del medio natural, social y cultural) o incluso en otras áreas como matemáticas.

El recreo escolar es otro de los momentos del horario escolar que más atención ha recibido por parte de la comunidad científica en la última década como una oportunidad de tiempo saludable (e.g., Ridgers et al., 2012). En el contexto educativo español, el recreo escolar, por ejemplo en educación primaria, suele durar 30 minutos diarios, siendo una buena oportunidad para la práctica de actividad física moderada-vigorosa. El centro educativo posee la responsabilidad de desarrollar estrategias que incrementen las oportunidades del alumnado de ser físicamente activos durante el recreo escolar. Para ello los centros deberían fomentar la actividad física prestando materiales deportivos, así como permitiendo el uso de las instalaciones deportivas o de recreo existentes. El recreo escolar ofrece una situación idónea para que el alumnado organice sus propios juegos y actividades, y en principio, sin la necesidad de organización de las mismas por parte del profesorado u otros responsables del centro. No obstante, hoy día es sabido, que parte del alumnado puede no tener un bagaje previo en relación a juegos tradicionales o populares, de ahí que en ocasiones el centro educativo tenga que intervenir organizando actividades que permitan una ocupación activa del tiempo de recreo y limitar el uso de otras formas de tiempo libre sedentarias basadas en la utilización de dispositivos electrónicos.

Además de las posibles intervenciones a implementar en el recreo escolar, en los últimos tiempos, se han desarrollado iniciativas de integración de la actividad física en el aula ordinaria. En las diferentes propuestas, destaca el programa TAKE10! (Kibbe et al., 2011), que se fundamenta en establecer 10 minutos de descansos activos (*'active breaks'*), es decir basados en la realización de actividad física, por cada hora de clase en el aula. De esta manera se consigue romper el tiempo de sedentarismo, que como sabemos es elevado entre el alumnado de primaria y secundaria durante el horario escolar, y además se consiguen mejoras en los niveles generales de actividad física, salud y rendimiento académico.

3.2. Actividad física en el desplazamiento al centro escolar

El desplazamiento activo al centro educativo contribuye de forma significativa a los niveles de actividad física saludables en la infancia y la adolescencia. Asimismo el alumnado que se desplaza activamente al centro escolar presenta una mejor condición física que quien lo hace en transporte motorizado. Sin embargo, el porcentaje de jóvenes que se desplazan activamente en la actualidad es cada vez menor en comparación a décadas pasadas.

Los centros educativos son considerados como instituciones generadoras de desplazamientos, por lo que deberían ser líderes en la promoción del transporte activo (Molina-García et al., 2015). Los centros educativos poseen un rol relevante en el incremento de la conducta de desplazamiento activo a través del diseño de programas específicos. Entre las iniciativas actuales para fomentar el transporte activo al centro educativo destaca el denominado 'pedi-bus' (del inglés '*walking-bus*' o '*walking school bus*') (Kearns et al., 2003). Un 'pedi-bus' es una iniciativa coordinada habitualmente por el centro escolar, la AMPA (Asociación de Madres y Padres del Alumnado) y las entidades locales, como ayuntamientos y diputaciones. Un 'pedi-bus' se fundamenta en el desplazamiento a pie y en grupo de alumnos y alumnas liderados normalmente por dos personas adultas, que suelen ser padres o madres, y que se sitúan al inicio y al final del alumnado. El desplazamiento se realiza en una ruta previamente definida que incluye diferentes paradas.

Del mismo modo que con la conducta de andar, el desplazamiento en bicicleta al centro educativo también puede ser utilizado en iniciativas con los mismos fundamentos que el 'pedi-bus', en este caso se hablaría de 'bici-bus'. Iniciativas como el 'pedi/bici-bus' permiten al alumnado conocer cuestiones relacionadas con la educación vial, como por ejemplo las normas de circulación o la importancia del uso del casco en la prevención de lesiones cerebrales (Molina-García et al., en prensa). Asimismo favorecen la concienciación por parte del alumnado y las familias sobre los beneficios para el medio ambiente del uso del transporte activo al reducir desplazamientos en transporte motorizado privado, sobre todo en automóvil, al centro escolar.

A la hora de implementar estrategias de promoción de transporte activo entre el alumnado, como es el caso de los 'pedi-bus', se hace necesario que las rutas de acceso a los centros educativos sean seguras. En este caso, como indican Veiga y Martínez (2008), los equipos directivos de los centros escolares han de solicitar a las autoridades locales medidas que favorezcan rutas de acceso más seguras, como

por ejemplo: señalización adecuada, existencia de pasos de peatones, carriles para bicicletas, badenes en la calzada para garantizar una baja velocidad de los vehículos o la presencia de la policía en las vías de acceso. En los últimos años, en el ámbito español, se han desarrollado diversas iniciativas para la creación de rutas o caminos escolares seguros a los centros educativos impulsados por entidades locales y los propios centros en diferentes poblaciones. Muchas de estas experiencias han sido recogidas en una plataforma web de la Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior del Gobierno de España (véase el siguiente enlace: www.caminoescolarseguro.com/experienciasces.html).

3.3. Actividad física durante el tiempo libre y el centro escolar

En la actualidad, está normalizado que los centros educativos desempeñen un papel activo en la organización de actividades físicas extraescolares. La oferta de actividades debería favorecer un mayor nivel de actividad física, la adquisición de hábitos saludables en el tiempo libre y en consecuencia de un estilo de vida más activo por parte de toda la comunidad educativa. Esta oferta de actividades se ha basado tradicionalmente en actividades deportivas y de carácter competitivo. Asimismo, estas actividades habitualmente han respondido sólo a intereses de algunos colectivos de la comunidad escolar, olvidando otros como el alumnado con menos habilidades físicas, el alumnado femenino, el alumnado con discapacidades, los padres y madres e incluso el profesorado.

En el diseño de un programa de actividades físicas extraescolares, el centro escolar debería analizar previamente qué actividades son ofertadas por otros organismos del entorno del centro, como por ejemplo los ayuntamientos, para evitar duplicidades. De la misma manera, el centro debería estudiar cuál es la demanda de actividades entre el alumnado, ofrecer actividades que no sean únicamente deportivas, así como actividades en las que también puedan participar las familias y el profesorado y otros colectivos que habitualmente no suelen participar en este tipo de programas. De esta manera, la actividad física puede favorecer, en mayor medida, más cohesión social entre todos los miembros de la comunidad educativa. La inclusión de las familias es de especial relevancia, principalmente, con el fin de educar a los padres y madres en el uso activo del tiempo libre en compañía de sus hijos e hijas. Como es sabido, los fines de semana es el periodo en el que el alumnado está más tiempo con sus padres/madres, sin embargo, la falta de actividad y tiempo de sedentarismo de los jóvenes en edad escolar se hace más patente en comparación a los días ordinarios de la semana.

■ 4. Conclusiones finales

La actividad física es una conducta compleja que está influenciada por diferentes factores, entre ellos los entornos o momentos en los que tiene lugar. La evidencia científica pone de manifiesto que el logro de las recomendaciones actuales de actividad física, es decir, al menos una hora diaria de actividad moderada-vigorosa, permite el mantenimiento de una buena salud de los jóvenes.

El centro educativo posee un rol crucial en la promoción de estilos de vida activos y puede contribuir significativamente a la adopción de niveles de actividad física saludables en la infancia y la adolescencia, tanto durante el horario escolar como en el extraescolar. De ahí que los centros escolares sean responsables de diseñar e implementar iniciativas y programas que conciencien a toda la comunidad educativa (i.e., alumnado, profesorado, equipos directivos y familias) sobre la relevancia de promocionar la actividad física saludable. En el entorno educativo, es interesante, entre otros aspectos, fomentar que: el alumnado se desplace andando o en bicicleta a la escuela; la educación física sea de calidad y permita al alumnado adquirir conocimientos sobre cómo ser físicamente activo y gestionar su propia práctica a través de experiencias e interacciones sociales positivas; los recreos escolares sean activos; y se promuevan actividades físicas extraescolares para todo el alumnado con independencia de su grado de habilidad física.

■ 5. Referencias bibliográficas

- Aznar, S., & Webster, T. (2006). *Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Devís, J. (Coord.) (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: Inde.
- Ekelund, U., Luan, J. A., Sherar, L. B., Esliger, D. W., Griew, P., Cooper, A., & International Children's Accelerometry Database (ICAD) Collaborators (2012). Moderate to vigorous physical activity and sedentary time and cardiometabolic risk factors in children and adolescents. *JAMA*, 307 (7), 704-712.
- Fairclough, S., & Stratton, G. (2005). Physical activity levels in middle and high school physical education: A review. *Pediatric Exercise Science*, 17 (3), 217-236.
- Haerens, L., Kirk, D., Cardon, G., & De Bourdeaudhuij, I. (2011). Toward the development of a pedagogical model for health-based physical education. *Quest*, 63 (3), 321-338.

- Kearns, R. A., Collins, D. C., & Neuwelt, P. M. (2003). The walking school bus: extending children's geographies? *Area*, 35 (3), 285-292.
- Kibbe, D. L., Hackett, J., Hurley, M., McFarland, A., Schubert, K. G., Schultz, A., & Harris, S. (2011). Ten Years of TAKE 10!: Integrating physical activity with academic concepts in elementary school classrooms. *Preventive Medicine*, 52, S43-S50.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380 (9838), 219-229.
- Martínez, J., Contreras, O. R., Aznar, S., & Lera, A. (2012). Niveles de actividad física medido con acelerómetro en alumnos de 3º ciclo de educación primaria: actividad física diaria y sesiones de educación física. *Revista de Psicología del Deporte*, 21 (1), 117-123.
- Martínez-Bello, V. E., & Molina-García, J. (2016). Representation of physical activity domains and sedentary behaviours in physical education textbooks: an image analysis. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 32 (2), 139-152.
- Mielgo-Ayuso, J., Aparicio-Ugarriza, R., Castillo, A., Ruiz, E., Ávila, J. M., Aranceta-Batrina, J., Gil, A., Ortega, R. M., Serra-Majem, L., Varela-Moreiras, G., & González-Gross, M. (2016). Physical activity patterns of the Spanish population are mostly determined by sex and age: Findings in the ANIBES study. *PLoS One*, 11 (2), e0149969.
- Molina-García, J., Castillo, I., Queralt, A., & Sallis, J. F. (2015). Bicycling to university: Evaluation of a bicycle-sharing program in Spain. *Health Promotion International*, 30, 350-358.
- Molina-García, J., & Queralt, A. (en prensa). The impact of mandatory helmet-use legislation on the frequency of cycling to school and helmet use among adolescents. *Journal of Physical Activity & Health*.
- Molina-García, J., Queralt, A., Estevan, I., & Sallis, J. F. (2016). Ecological correlates of Spanish adolescents' physical activity during physical education classes. *European Physical Education Review*, 22 (4), 479-489.
- OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra: OMS.
- Pate, R. R., Davis, M. G., Robinson, T. N., Stone, E. J., McKenzie, T. L., & Young, J. C. (2006). Promoting physical activity in children and youth a leadership role

- for schools: A scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Physical Activity Committee) in collaboration with the Councils on Cardiovascular Disease in the Young and Cardiovascular Nursing. *Circulation*, 114 (11), 1214-1224.
- Ridgers, N. D., Salmon, J., Parrish, A. M., Stanley, R. M., & Okely, A. D. (2012). Physical activity during school recess: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 43 (3), 320-328.
- Sallis, J. F., & McKenzie, T. L. (1991). Physical education's role in public health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (2), 124-137.
- Sallis, J. F., & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sedentary Behaviour Research Network (2012). Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37 (3), 540-542.
- SHAPE America - Society of Health and Physical Educators (2016). *National physical education standards*. www.shapeamerica.org/standards/pe/index.cfm (Acceso: 08-04-2016).
- Veiga, O. L., & Martínez, D. (2008). *Guía para una escuela activa y saludable: Orientaciones para los Centros de Educación Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Prescribing exercise as preventive therapy. *CMAJ*, 174, 961-974.

Competencias en Alimentación y Actividad Física. Análisis del currículo de la Educación Obligatoria

Paula Bayona¹, Anabella Garzón², Carlos Caurín¹

¹ Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales, Universidad de Valencia.

² Dpto. de Educación. Área de Didáctica CC. Experimentales, Universidad de Almería.

E-mails: agarzon@ual.es, Carlos.Caurín@uv.es

RESUMEN: El presente trabajo trata de determinar las competencias en Alimentación y Actividad Física que deben adquirir la ciudadanía española en su paso por la enseñanza obligatoria y analizar la contribución de los currículos oficiales de la Educación Obligatoria a la adquisición de dichas competencias. Para ello se ha definido un instrumento de análisis que engloba siete problemas de salud del ámbito de la Alimentación y de la Actividad Física así como los contenidos competenciales que deberán adquirir el alumnado en su paso por la enseñanza obligatoria para hacerles frente. Para la elaboración del instrumento se ha realizado una revisión bibliográfica y una consulta a expertos a través de un estudio Delphi. A partir de dicho instrumento se ha analizado si los currículos oficiales de la Educación Obligatoria propuestos por el Ministerio de Educación y por la Generalitat Valenciana, al amparo de la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006), tratan de manera adecuada las competencias en Alimentación y Actividad Física que debe adquirir el alumnado.

PALABRAS CLAVE: Alimentación, Actividad Física, Competencias, Educación para la Salud, Currículo, Educación Obligatoria.

Competencies in Nutrition and Physical Activity. Analysis of the curriculum of the Compulsory Education

ABSTRACT: The research reported in this paper tries to determine Nutrition and Physical Activity competencies that Spanish citizens must acquire in their compulsory education and tries to analyse the contribution provided by the Spanish official curricula. To this end, an analysis instrument has been defined. This instrument includes the seven main problems in Nutrition and Physical activity and the competencies that students must acquire to face them in their compulsory education. In order to define this instrument, a literature review and a consultation to experts through a Delphi study was made. Spanish official curricula of Compulsory Education, proposed by the Ministry of Education and the Autonomous Community of Valencia, according to the Organic Education Law (LOE), have been analyzed with the Nutrition and Physical Activity instrument in order to evaluate if they respond correctly to the competencies that students must acquire.

KEYWORDS: Nutrition, Physical activity, Competences, Health Education, Curriculum, Compulsory education.

■ 1. Introducción

La promoción de hábitos saludables, particularmente los referidos a la actividad Física (AF) y a la alimentación, constituye uno de los objetivos primordiales de los profesionales sanitarios y del profesorado de la educación obligatoria (ESO y EP). Es en la adolescencia, especialmente, cuando la práctica de la Actividad física suele reducirse y los hábitos alimentarios se ven afectados negativamente (Serra y Aranceta, 2000). La alimentación y la actividad Física forman un binomio cuya integración ha mostrado su utilidad para la resolución de problemas actuales de salud y cuya interrelación en el campo educativo ha sido promovida desde diferentes organismos internacionales como la OMS (2004). En España se han puesto en marcha diversas iniciativas en esta dirección, como el programa PERSEO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Educación, 2012), la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física, prevención de la Obesidad y Salud, de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2005), dirigidas al medio escolar, con el objetivo de que niños y jóvenes adopten hábitos de alimentación saludable, junto con la estimulación de la práctica del deporte y la actividad Física (Ballesteros et al., 2007, citado en Pérez de Eulate et al., 2015).

La enseñanza de la alimentación debe responder a estas demandas sociales y a las nuevas orientaciones provenientes de organismos internacionales (Banet, 2007), pero para llevar a cabo estos ajustes, es necesario definir previamente los problemas y las competencias que se deben adquirir para que los jóvenes puedan enfrentarse a dichos problemas relacionados con la alimentación y actividad física de forma integral.

En el año 2011 se inicia el proyecto de investigación COMSAL (Competencias en Salud) titulado “Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en educación para la salud durante la escolarización obligatoria”, en el que se enmarca el estudio que aquí presentamos. El objetivo del proyecto de investigación COMSAL es estudiar las competencias en salud que adquiere, y que debe adquirir, la ciudadanía española en su paso obligatorio por la escuela, así como las competencias en Educación para la Salud que alcanza el futuro profesorado de Educación Primaria y Secundaria en su paso por la Universidad española.

El proyecto COMSAL engloba ocho ámbitos de salud: Alimentación y Actividad Física, Adicciones, Salud Mental y Emocional, Sexualidad, Accidentes, Higiene, Medio Ambiente y Promoción de la Salud. De todos ellos, en el estudio que aquí presentamos nos centramos en el ámbito de la Alimentación y Actividad Física.

Para ello, se pretende evaluar si los currículos oficiales propuestos para la Educación Primaria y para la Educación Secundaria Obligatoria tratan de manera adecuada las

competencias en el ámbito de la Alimentación y Actividad Física para conseguir un desarrollo óptimo de éstas en los alumnos. Se han analizado los currículos oficiales propuestos en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y los propuestos en el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana (DOCV).

■ 2. Metodología

Para determinar las competencias en el ámbito de Alimentación y Actividad Física y analizar la contribución de los currículos oficiales, se ha definido un instrumento de análisis que engloba los problemas de salud correspondientes a dicho ámbito así como los contenidos competenciales que deberán adquirir el alumnado. Para la elaboración del instrumento se ha realizado una revisión bibliográfica y una consulta a expertos a través de un estudio Delphi.

2.1. Elaboración del instrumento

Para la evaluación de las propuestas curriculares oficiales, previamente se requiere elaborar un instrumento con el que poder realizar el análisis curricular especificado, en el cual aparezcan las competencias en Alimentación y Actividad Física que debe poseer el alumnado al completar sus estudios obligatorios, y que sirva de referencia para los análisis curriculares y estudios posteriores. Para ello, se estudian los objetivos de aprendizaje, así como los contenidos y los criterios de evaluación de las Enseñanzas Mínimas propuestas por el Ministerio de Educación.

Así pues, entendiendo la concepción de Competencia en Alimentación y Actividad Física como *“llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada”* el primer paso consistirá en la obtención de un listado de problemas prioritarios en Alimentación y Actividad Física, para luego buscar las competencias necesarias para saber hacerles frente.

Para ello se llevó a cabo un estudio en tres fases: una revisión bibliográfica para determinar los problemas, un estudio Delphi para consensuar los contenidos competenciales y un encuentro con expertos para debatir y volver a consensuar lo importante y lo prescindible. Con ello se pretende combinar las ventajas del método Delphi y del encuentro de expertos (Tabla 1).

Tras el estudio Delphi se han formulado siete problemas relacionados con la alimentación y actividad física, definido las tres dimensiones de la competencia general, y los contenidos competenciales importantes para cada uno de los siete problemas (Tabla 2). Con esta información, transformada en instrumento de análisis se ha estudiado de manera pormenorizada los currículos propuestos por el MEC y la Generalitat Valenciana.

Tabla 1. Esquema del desarrollo metodológico

Fase 1. Identificación de problemas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema. 2. Se identifican los problemas prioritarios y las competencias. 3. El equipo de investigación construye el cuestionario base.
Fase 2. Estudio Delphi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selección de expertos. 2. Los expertos contestan al cuestionario base, generándose respuestas que se transforman en ítems para el cuestionario 2. 3. Los expertos responden al cuestionario 2, evaluando cada ítem según su importancia en una escala de Likert de 5 puntos. 4. Se construye la versión 3 del cuestionario, a partir de las respuestas del 2, con los ítems que son consensuados con un valor superior a 4. 5. Los expertos contestan el cuestionario 3 y se tabulan y analizan los datos. Se remite a los expertos un resumen de los principales resultados.
Fase 3. Encuentro con expertos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se establece el plan de las sesiones presenciales y se elaboran los materiales que se van a trabajar. 2. Se invita a los expertos y se les envía las hojas de trabajo. 3. Se realizan los seminarios de trabajo en donde se discuten y se vuelven a las competencias que en el Delphi han sido señaladas como las más importantes y las prescindibles.

■ 3. Resultados

3.1. Problemas o Situaciones problemáticas relativos a la Alimentación y Actividad Física que deben ser contemplados en el currículo

Los estudios y consultas a expertos permitieron concretar la competencia en Alimentación y Actividad Física que debe poseer el alumnado al terminar su etapa de enseñanza obligatoria y los principales problemas o situaciones problemáticas que se refieren a este ámbito, los cuales son los siguientes:

- Sobrepeso y obesidad.
- Desórdenes de la conducta alimentaria.
- Malnutrición por defecto.
- Infecciones e intoxicaciones alimentarias.
- Sedentarismo.
- Enfermedades no transmisibles, alergias e intolerancias alimentarias.
- Mala práctica deportiva.

3.2. Contenidos necesarios para el desarrollo de las competencias en Alimentación y Actividad Física

La Tabla 2 recoge, para cada una de estas situaciones problemáticas, los contenidos competenciales necesarios para alcanzar la competencia de Alimentación y Actividad Física, desglosados en los conocimientos a adquirir (saber), así como los procedimientos a utilizar (saber hacer) y las actitudes a desarrollar (saber ser). Esta tabla recoge los aspectos esenciales y los contenidos competenciales a desarrollar por el alumnado en este ámbito. La tabla 2 sirve además como base para el instrumento de análisis necesario para la siguiente fase de la investigación, que implica llevar a cabo el estudio de los currículos oficiales, tanto a nivel nacional como autonómico.

Tabla 2. Contenidos competenciales para desarrollar las competencias en el ámbito de la Alimentación y la Actividad Física

Competencia: “Llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada”
<p><i>Saber:</i> Características de una alimentación y actividad física saludables. Beneficios y problemas más habituales para la salud derivados de su práctica.</p> <p><i>Saber hacer:</i> Elaborar un plan de dietas equilibradas y de actividad física adecuada y regular. Analizar críticamente la publicidad.</p> <p><i>Saber ser:</i> Tomar conciencia de los efectos de la actividad física y la alimentación sobre la salud. Apreciar la importancia de realizar una actividad física habitual y regularmente. Consolidar hábitos de consumo responsable y solidario.</p>
Situación problemática 1. Sobrepeso y Obesidad
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos y nutrientes. • Necesidades nutritivas del organismo. La dieta mediterránea. • Rueda y pirámide de los alimentos recomendada según la edad por la SENC*. • Patologías asociadas con la nutrición. • Desigualdades sociales y culturales en la alimentación. Problemas de salud relacionados*. • Cambios del cuerpo en las etapas de la vida. • Conocer alternativas culinarias económicas y saludables*.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de los alimentos atendiendo a los principales nutrientes que aportan • Desarrollo de hábitos de higiene de los órganos y aparatos que intervienen en la nutrición. • Relación de la dieta con la obesidad y enfermedades cardiovasculares. • Análisis de la alimentación y la actividad física en el entorno escolar y familiar. • Realización de ejercicios físicos correctos. • Interpretación de las etiquetas de los alimentos*.

Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none">• Respeto por las diferencias individuales así como por personas con diferentes tipologías y patologías relacionadas con el sobrepeso.• Desarrollo de prácticas culinarias saludables*.• Constancia en una correcta alimentación.• Desarrollo de la autoestima y de la asertividad.• Conciencia de la necesidad del cuidado del organismo.• Valoración de la importancia de la alimentación adecuada y de la actividad física para mejorar los problemas de salud.• Respeto por las diferentes formas de alimentación (vegetarianos, comida de otros países, dietas...).• Conciencia de la importancia de una buena alimentación acorde con la edad.• Valoración de los beneficios de la actividad física diaria y la importancia de la constancia en su realización.• Desarrollo de hábitos de ocio saludables individualmente y familiarmente.
Situación problemática 2. Desórdenes de la conducta alimentaria
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none">• Alimentos y nutrientes. Su función. Necesidades nutritivas del organismo.• Características de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA: anorexia, bulimia, vigorexia) y de sus consecuencias.• Aspectos socioculturales y mitos sobre la belleza*.• Recursos sanitarios y comunitarios disponibles relacionados con los TCA*.• La dieta equilibrada. Rueda y pirámide de los alimentos.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none">• Clasificación de los alimentos atendiendo a los principales nutrientes que aportan.• Elaboración de una dieta equilibrada y suficiente.• Investigación de los factores de riesgo que pueden inducir a estas patologías.• Análisis crítico de la publicidad y de valores sociales relacionados con la imagen personal externa.• Análisis de la gran variedad de dietas no equilibradas y los riesgos que entrañan*.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none">• Respeto por las diferencias individuales así como a las personas con diferentes tipologías y patologías.• Toma de conciencia de las necesidades nutritivas del organismo para llevar una vida sana.• Aceptación del propio cuerpo y del de los demás.• Valoración de la autoestima, la autoimagen y la autopercepción y la necesidad de desarrollarlas.• Conciencia de los propios sentimientos y de las presiones de los medios de información hacia la imagen externa de las personas.• Valoración de la importancia de un uso responsable de los recursos.• Toma de conciencia de los riesgos de los TCA.

Situación problemática 3. Malnutrición por defecto.
<p>Conocimientos a adquirir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación entre alimentación y ocio con los aspectos socioculturales*. • Concepto de malnutrición por defecto*. • Necesidades nutritivas del organismo. • Alimentos y nutrientes. Sus relaciones y funciones. • Características y consecuencias de una alimentación inapropiada. • Alimentación y cultura. • Organizaciones de ayuda humanitaria sobre el hambre en el mundo*.
<p>Procedimientos a utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparación de dietas de diferentes colectivos, países y culturas. • Reflexión e investigación de las causas y efectos del hambre en el mundo. • Clasificación de los alimentos atendiendo a los principales nutrientes que aportan. • Evaluación de las necesidades alimentarias. • Selección de alternativas culinarias económicas y saludables*.
<p>Actitudes a desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solidaridad ante las personas que tienen necesidades alimentarias. • Sensibilidad ante los problemas del hambre en el mundo. • Fomento de la participación solidaria en organizaciones de ayuda humanitaria. • Toma de conciencia de la importancia de una buena alimentación. • Disposición favorable hacia una alimentación equitativa y sostenible. • Conciencia de una alimentación saludable como un derecho fundamental. • Disposición a participar en Organizaciones de ayuda humanitaria que combaten el hambre en el mundo*.
Situación problemática 4. Infecciones e Intoxicaciones Alimentarias
<p>Conocimientos a adquirir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de infección e intoxicación. Higiene alimentaria básica. • Principales sistemas de conservación de los alimentos. • Principales infecciones e intoxicaciones alimentarias de nuestro entorno*. • Prevención de infecciones y de intoxicaciones alimentarias. • Situaciones de riesgo y vías de contagio. • Medidas básicas y primeros auxilios ante posibles intoxicaciones.
<p>Procedimientos a utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación de las normas básicas de higiene en la alimentación cotidiana familiar. • Desarrollo de normas higiénicas relacionadas con los órganos y aparatos que intervienen en la nutrición. • Manipulación y conservación de los alimentos guardando las normas de higiene. • Interpretación de las etiquetas de los alimentos*. • Reconocimiento de malas prácticas de higiene de los centros de venta de alimentos del entorno. • Reconocimiento del mal estado de alimentos peligrosos (conservas, embutidos, huevos, pescado...)*.

<p>Actitudes a desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomento de la responsabilidad individual, familiar y social para impedir los contagios alimentarios*. • Toma de conciencia de la necesidad del cuidado del organismo. • Valoración de la importancia de las normas de higiene en la manipulación de los alimentos. • Valoración de la importancia de la normativa en la conservación de los alimentos. • Actuación ante los problemas de posibles intoxicaciones. • Toma de conciencia de la importancia de avisar a las autoridades sanitarias. • Valoración de la importancia de un uso responsable de los recursos.
<p>Situación problemática 5. Sedentarismo</p>
<p>Conocimientos a adquirir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pirámide de la actividad física. Beneficios de la actividad física. • Hábitos posturales saludables. Consecuencias del sedentarismo. • Programas que fomenta la actividad física en el municipio.
<p>Procedimientos a utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección de actividades de entrenamiento y calentamiento que mejoren el nivel de las capacidades físicas. • Planificación de una actividad física adecuada tanto individualmente como colectivamente. • Análisis de hábitos posturales en las actividades cotidianas. • Identificación de hábitos cotidianos que fomentan el sedentarismo y sus consecuencias. • Utilización de la infraestructura de la zona para realizar actividad física.
<p>Actitudes a desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de conciencia de la propia condición física y disposición para mejorarla, incluyéndola entre las rutinas diarias saludables. • Valoración de la importancia de la actividad física para mejorar los problemas de salud. • Potenciación de una actitud positiva para el desarrollo de hábitos posturales saludables. • Fomento de la actividad física en familia y el uso del transporte público. • Respeto de normas, materiales y espacios públicos en la práctica de la actividad física.
<p>Situación problemática 6. Enfermedades no transmisibles, alergias e intolerancias alimentarias</p>
<p>Conocimientos a adquirir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades no transmisibles más frecuentes y sus consecuencias (celiaca, diabetes...). • Alergias e intolerancias más frecuentes, las causas y su prevención. • Necesidades nutritivas específicas*.

<p>Procedimientos a utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Práctica de las conductas y primeros auxilios que deben seguirse en estos casos. • Actuación ante las distintas situaciones que pueden presentar estos problemas*. • Elaboración de menús adecuados*.
<p>Actitudes a desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia y respeto por las personas con este tipo de enfermedades*. • Desarrollo de la autonomía personal. • Normalización de la vida cotidiana a las personas que las padecen*.
<p align="center">Situación problemática 7. Mala práctica de la actividad física y deportiva</p>
<p>Conocimientos a adquirir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y funcionamiento del cuerpo humano. • Cualidades físicas básicas. Condición física y su desarrollo. • Calentamiento y lesiones. • Alimentación adecuada para la práctica deportiva. • El peligro de las drogas en el deporte. • Patologías derivadas del exceso de práctica “deportiva” y de actividad física. Vigorexia, sobreentrenamiento*.
<p>Procedimientos a utilizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación del funcionamiento del cuerpo humano con la optimización deportiva sin riesgos y el ejercicio físico. • Diferenciación de las principales cualidades físicas y su utilidad para evitar un mal uso. • Interpretación de la importancia de la condición física y su desarrollo adecuado. • Reconocimiento de los diferentes hábitos deportivos saludables dentro de la práctica deportiva. • Relación de los aspectos positivos del calentamiento en relación con la práctica saludable y la prevención de lesiones. • Identificación los alimentos y sus nutrientes necesarios para la práctica deportiva. • Relación de los aspectos negativos de las drogas con la salud. • Reconocimiento de las consecuencias de las malas prácticas de actividad física.*
<p>Actitudes a desarrollar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de que cada persona cuenta con unas características físicas y que no todas poseen el mismo nivel, evitando excesos*. • Valoración de la importancia de la condición física como elemento de mejora de la salud. • Desarrollo de la higiene como una parte más de la práctica deportiva. • Adquisición del hábito del calentamiento como medio de optimizar el rendimiento y evitar lesiones. • Alimentación adecuada: evitar la ingesta de grasas, hidratarse, tomar frutas y verduras. • Adquisición de una actitud crítica frente al dopaje. • Autoestima e imagen personal. Evitar comparaciones con otras personas. Asertividad y valoración de uno mismo.*

3.3. Análisis de los currículos oficiales de la enseñanza obligatoria

El estudio se ha realizado sobre los currículos prescriptivos de la Ley Orgánica de Educación (LOE) que aparece en el BOE (2006) como enseñanzas mínimas en Educación Primaria y Secundaria Obligatoria, y los decretos curriculares que establece el Gobierno Valenciano a través del DOCV (2007).

Para llevar a cabo el análisis curricular se procedió a la lectura de los currículos y se anotaron los elementos del currículo (objetivos, contenidos y criterios de evaluación), que hacían referencia a los distintos contenidos competenciales definidos en el instrumento de análisis. Además, se diferenció entre los elementos del currículo que contribuían a la adquisición de un contenido competencial de forma inequívoca y los elementos de currículo que posibilitaban trabajarlos pero de forma relacionada. El análisis fue consensuado entre dos personas del grupo de investigación y posteriormente revisado por otro investigador. Finalmente se realizó el recuento de aportaciones curriculares al ámbito de la Alimentación y Actividad Física (Anexo I).

Situación problemática 1: Sobrepeso y Obesidad

El análisis de las materias y/o áreas de conocimiento que posibilitan trabajar de una forma relacionada los contenidos competenciales definidos en el ámbito de la problemática concreta del “sobrepeso y obesidad” mostró que el Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química, Ciencias Sociales y Educación física, son las materias que más aportaciones reúnen para Primaria y para Secundaria (atendiendo al BOE y al DOCV). La Educación física únicamente supera las aportaciones a las asignaturas de Ciencias en Secundaria en el DOCV. (Gráfico 1).

Situación problemática 2: Desórdenes de la conducta alimentaria

El análisis de las materias que fomentan el trabajo de los contenidos competenciales definidos en el ámbito de la problemática concreta “desórdenes de la conducta alimentaria” mostró así mismo que Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales son las materias que más aportaciones reúnen para Primaria y para Secundaria (atendiendo tanto al BOE como al DOCV), seguida de la Educación física, tanto en el BOE como en el DOCV en ambas etapas. La aportación de Ciudadanía y ética de entre las menores, destaca del resto de asignaturas. (Gráfico 2).

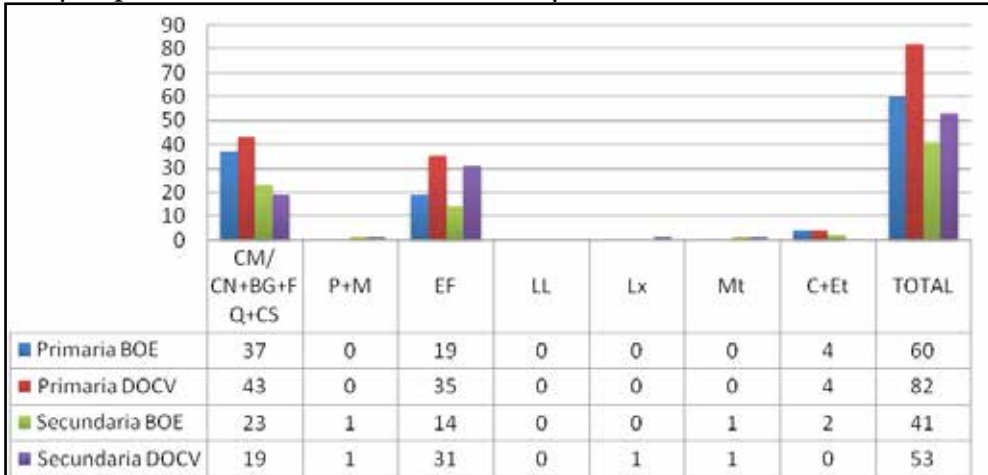
Situación problemática 3: Malnutrición

En relación a la situación problemática “malnutrición por defecto”, destaca la aportación curricular a los contenidos competenciales de la etapa de Primaria y Secundaria en las materias de Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, atendiendo tanto al BOE como al DOCV. Las aportaciones de Edu-

Ámbito 2: *Alimentación y Actividad Física*

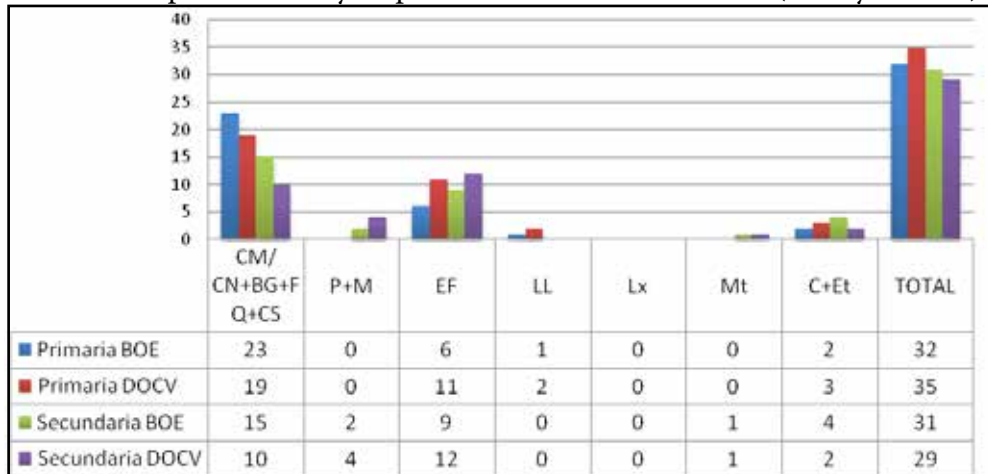
cación física, Lengua Extranjera y Ciudadanía y Ética, en este caso están bastante igualadas, destacando el valor más alto para ésta problemática en el caso del BOE en el nivel de Secundaria en Ciudadanía y Ética con 24 aportaciones. (Gráfico 3).

Gráfico 1. Contribución curricular al problema “sobrepeso y obesidad” por materias y etapas en los currículos oficiales (BOE y DOCV)

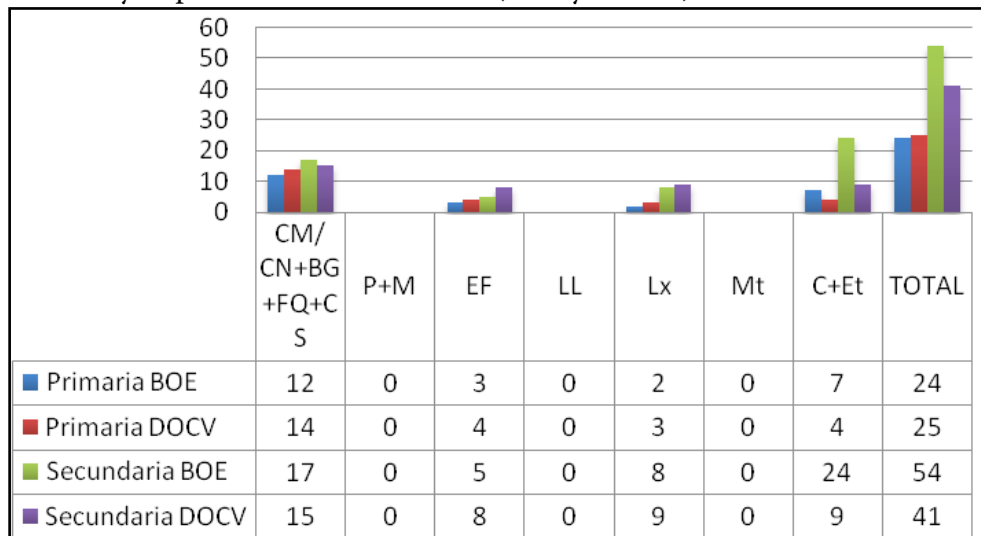


Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Gráfico 2. Contribución curricular al problema “desórdenes de la conducta alimentaria” por materias y etapas en los currículos oficiales (BOE y DOCV)



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Gráfico 3. Contribución curricular al problema “malnutrición por defecto” por materias y etapas en currículos oficiales (BOE y DOCV)

Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

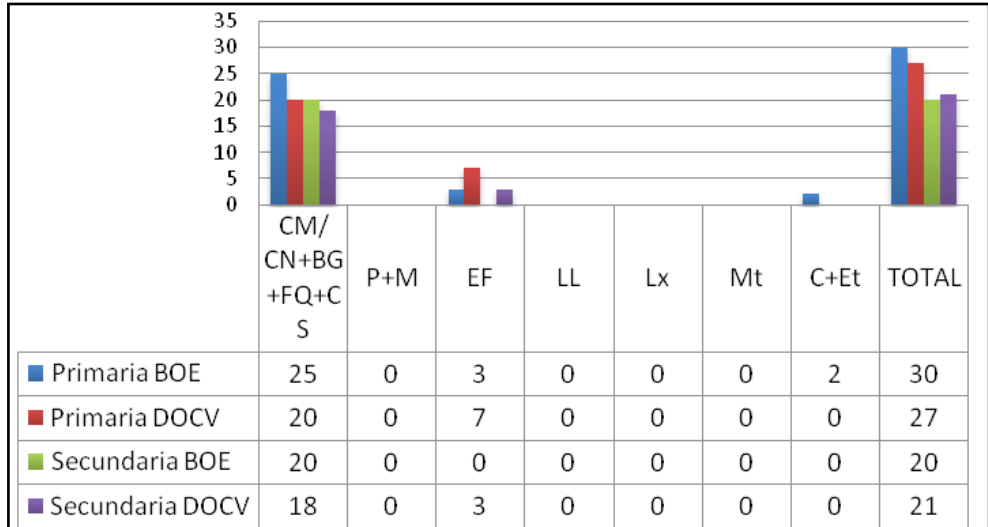
Situación problemática 4: Infecciones e intoxicaciones alimentarias

En relación a la situación problemática “infecciones e intoxicaciones alimentarias”, nuevamente destaca la aportación curricular a los contenidos competenciales tanto en la etapa de Primaria y Secundaria en las materias de Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, atendiendo tanto al BOE como al DOCV, con valores Competencies in Nutrition and Physical Activity. Analysis of the curriculum of the Compulsory Education muy aproximados tanto en Primaria como en Secundaria. Las aportaciones de estas mismas materias en Secundaria son del orden de la mitad. El número de aportaciones desde la Educación Física, son menores que las resultantes en las problemáticas anteriores. (Gráfico 4).

Situación problemática 5: Sedentarismo

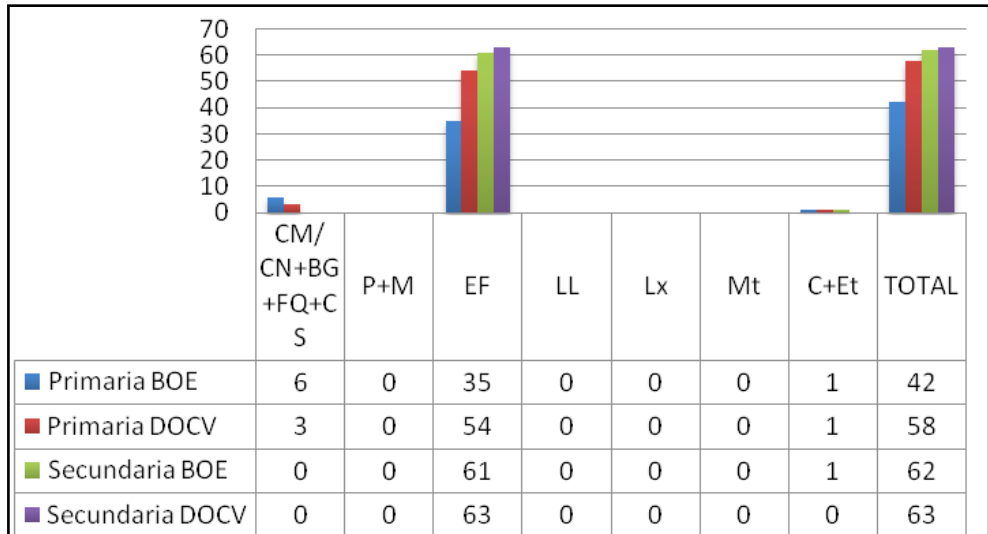
En relación a la situación problemática “sedentarismo”, como se podía esperar, destaca la aportación curricular a los contenidos competenciales tanto en la etapa de primaria como de Secundaria, en la materia Educación física, tanto al BOE como al DOCV. Sorprende las escasas aportaciones de las materias de Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, en la etapa de Primaria y la no aparición de ninguna aportación en esta problemática en Secundaria, tanto al BOE como al DOCV. (Gráfico 5).

Gráfico 4. Contribución curricular al problema “infecciones e intoxicaciones alimentarias” por materias y etapas en currículos oficiales (BOE y DOCV).



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Gráfico 5. Contribución curricular al problema “sedentarismo” por materias y etapas en currículos oficiales (BOE y DOCV)

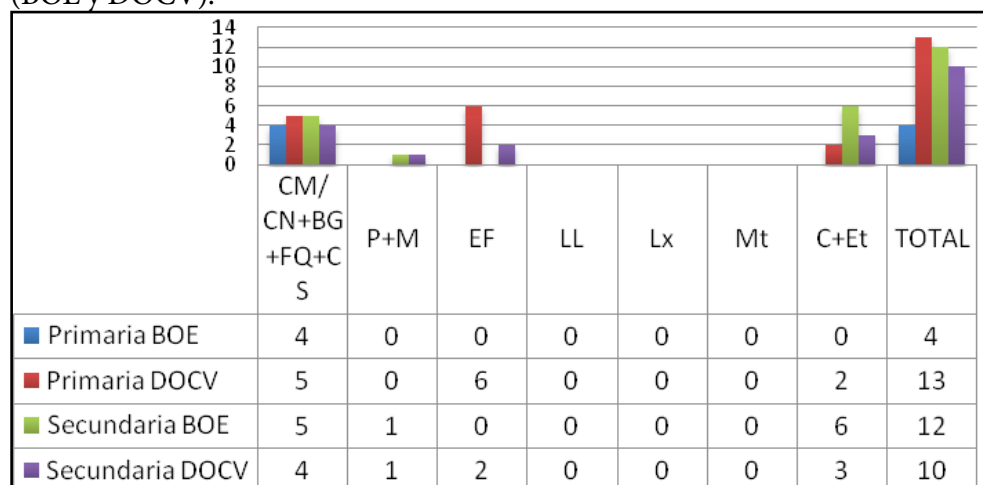


Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Situación problemática 6: Enfermedades no transmisibles, alergias e intolerancias alimentarias

En relación a la situación problemática “enfermedades no transmisibles, alergias e intolerancias alimentarias”, destaca la escasa aportación curricular a los contenidos competenciales tanto para la etapa de Primaria como para la etapa de Secundaria en las materias de Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, atendiendo tanto al BOE como al DOCV. Las aportaciones de estas mismas materias en Secundaria son del orden de la mitad. El número de aportaciones desde la Educación Física, Ciudadanía y Ética son igualmente bajas, siendo las aportaciones mayores en estas materias en Primaria (DOCV) para la Educación física y en Secundaria (BOE) para la Ciudadanía y Ética (Gráfico 6).

Gráfico 6. Contribución curricular al problema “enfermedades no transmisibles, alergias e intolerancias alimentarias” por materias y etapas en currículos oficiales (BOE y DOCV).

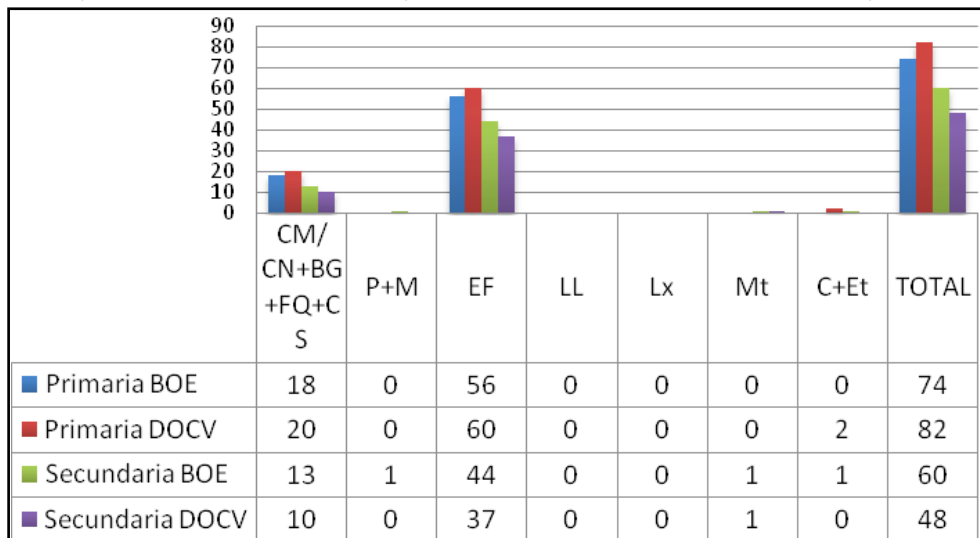


Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas; C: Ciudadanía; Et: Ética.

Situación problemática 7: Mala práctica de la actividad física y deportiva

En relación a la situación problemática “mala práctica de la actividad física y deportiva”, destaca la aportación curricular a los contenidos competenciales en ambas etapas en la materia de Educación física, seguida de las aportaciones de las materias de Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, atendiendo tanto al BOE como al DOCV. Las aportaciones de estas materias son algo superiores en la etapa de Primaria respecto a la de Secundaria. (Gráfico 7).

Gráfico 7. Contribución curricular al problema “mala práctica de la actividad física y deportiva” por materias y etapas en currículos oficiales (BOE y DOCV)



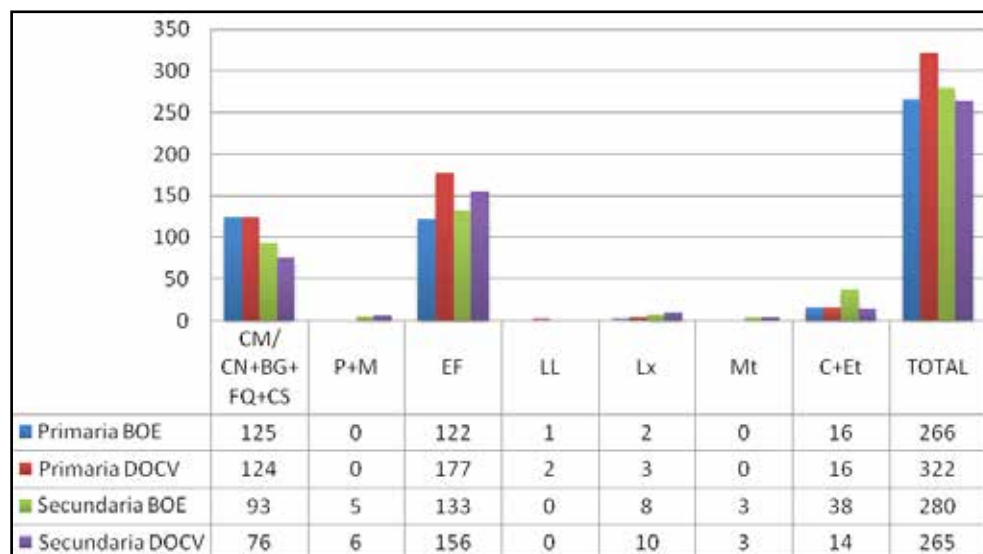
Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Análisis genérico curricular: Atención a todos los problemas en conjunto

Considerando de manera conjunta la aportación de las siete problemáticas, las materias que contribuyen en mayor medida a la adquisición de los contenidos competenciales son las del ámbito científico (Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales), y de Educación Física, seguidas a distancia por Ciudadanía y Ética (Gráfico 8).

El resultado del análisis general muestra que el número de aportaciones curriculares en el tratamiento de la Alimentación y Actividad Física es algo mayor en la Educación Primaria (322) que en la Secundaria (266) en el DOCV, no así en el BOE (266 frente a 280). Si se compara el BOE con el DOCV, independientemente del nivel educativo, el BOE (266+280=546) recoge un menor número de aportaciones que el DOCV (322+265=587), aunque tan solo les diferencian 41 aportaciones (Gráfico 8).

A continuación se llevó a cabo un estudio comparativo entre Conceptos, Procedimientos y Actitudes con el fin de averiguar cuál de ellos se trabaja más, dependiendo del nivel educativo y de su consideración a nivel estatal (BOE) o autonómico (DOCV).

Gráfico 8. Contribución curricular a los siete problemas de manera conjunta, por materias y etapas, en los currículos oficiales (BOE y DOCV)

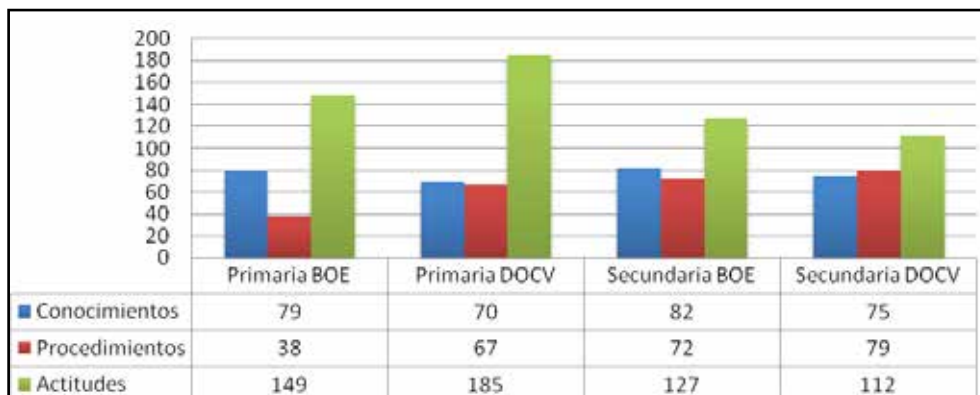
Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas; C: Ciudadanía; Et: Ética.

De manera genérica se puede afirmar que el currículo oficial trabaja en mayor medida las actitudes, quedando los contenidos y procedimientos a un nivel semejante e inferior, excepto para el nivel de Primaria y en BOE que los procedimientos se trabajan menos que los conocimientos. (Gráfico 9).

La mayor contribución a la Alimentación y Actividad Física en la Educación Primaria viene desarrollada a nivel autonómico, concretamente en forma de Actitudes (185). Le sigue el tratamiento de las actitudes a nivel estatal (149). Menores aportaciones presentan los conocimientos y los procedimientos. En la Educación Secundaria Obligatoria la mayor contribución viene dada también desde la perspectiva actitudinal, tanto a nivel estatal (127) como autonómico (112), aunque a nivel estatal se trata con mayor evidencia. Las aportaciones curriculares a nivel de conocimientos y procedimientos están equilibradas, destacando algo por encima los conocimientos a nivel estatal respecto a los procedimientos tanto en Primaria como en Secundaria (Gráfico 9).

Ámbito 2: Alimentación y Actividad Física

Gráfico 9. Comparativa entre contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales, por etapas, en los currículos oficiales (BOE y DOCV)



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: CC. Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

3.4. Contenidos competenciales en Alimentación y Actividad Física ausentes en los currículos oficiales

El análisis de currículo ha permitido conocer aquellos contenidos competenciales que no se abordan en los currículos oficiales de la educación obligatoria. Se indican con un * en la Tabla 2. En el estudio se integran los resultados de la Educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria, tanto del currículo estatal como del autonómico, ya que el objetivo es conocer los contenidos competenciales que no se desarrollan a lo largo de la educación obligatoria.

En cuanto a las deficiencias encontradas se ha hecho una diferenciación entre aquellas encontradas en los currículos de Educación Primaria y las encontradas en los currículos de Educación Secundaria. En ambos casos el análisis de estas deficiencias se hace poniendo en común los dos currículos analizados de Educación Primaria por un lado, y los dos currículos analizados de Educación Secundaria Obligatoria por otro.

Por último se han puesto en común aquellos ítems que no aparecen en toda la Educación Obligatoria, es decir, no aparecen ni en los currículos de Educación Primaria ni tampoco en los de Educación Secundaria. En la tabla 2, se pueden observar cuáles son dichos ítems al estar indicados con un asterisco.

Hay un total de 25 contenidos competenciales que no han sido abordados en alguno de los currículos oficiales (Primaria y Secundaria, BOE y DOCV), destacando la ausencia de conocimientos sobre “concepto de malnutrición por defecto”, “principales infecciones e intoxicaciones alimentarias de nuestro entorno”, “desigualdades sociales y culturales en la alimentación”, “aspectos socioculturales y mitos de belleza”, “desarrollo de prácticas culinarias saludables”, análisis de la gran variedad de dietas no equilibradas y los riesgos que entrañan”, “fomento de la responsabilidad individual, familiar y social para impedir los contagios alimentarios”, entre otros.

Atendiendo a las competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales, hay un total de diez conocimientos conceptuales ausentes en alguno de los currículos oficiales, lo que supone que el 24,4 % de los principales problemas y factores de riesgos relacionados con la alimentación y actividad física que se deben saber no están contemplados convenientemente en los currículos oficiales. En relación a los procedimientos, ha resultado que un 22,8% aspectos que se considera que se han de saber hacer no son tratados de manera eficiente en el currículo. En relación al tratamiento de las actitudes, el 11.6 % no son contempladas en el currículo.

■ 4. Conclusiones

Los problemas más tratados en los currículos analizados están relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Por el contrario, las competencias relacionadas con las enfermedades no transmisibles, alergias e intolerancias alimentarias, son las que mayor número de deficiencias presentan. El ámbito de las actitudes es el mejor representado en los currículos analizados, superando a los ámbitos de los conocimientos y de los procedimientos. En el caso de la Educación Primaria, la asignatura que más representa la competencia en una Alimentación saludable es Conocimiento del Medio natural, social y cultural y en la asignatura de Actividad Física se trabajan más las problemáticas de Sedentarismo y Mala práctica de la Actividad Física y deportiva. En el caso de la Educación Secundaria Obligatoria, ésta es Biología y Geología. Por otro lado, el tercer ciclo de Educación Primaria es el que más atención presta a la competencia estudiada. En el caso de la Educación Secundaria Obligatoria, el tercer curso es donde más abundan los temas relacionados con la competencia en una alimentación saludable. Al igual que en Primaria es la asignatura de Actividad Física la que más contribuye a alcanzar los contenidos competenciales relacionados con los problemas de Sedentarismo y Mala práctica de la Actividad Física y deportiva y también son importantes las aportaciones que se hace desde esta materia al problema de Sobrepeso y Obesidad.

Los currículos oficiales de Educación Primaria y de Educación Secundaria Obligatoria en el desarrollo de los Contenidos Mínimos por el Ministerio de Educación, así como los currículos oficiales de la Conselleria d'Educació de la Comunidad Valenciana para ambas etapas educativas, no atienden de manera adecuada a las competencias en una alimentación saludable que deben adquirir los niños y jóvenes españoles. Pensamos que no debe haber tanta opcionalidad en temas de salud, pues está contemplada como una de las competencias básicas.

De manera genérica se puede afirmar que el currículo oficial de la Enseñanza Secundaria Obligatoria en el desarrollo de los Contenidos Mínimos por el Ministerio de Educación, aunque recoge parcialmente las recomendaciones en educación para la Salud de los organismos expertos, no atiende de manera adecuada a las Competencias en Alimentación y Actividad Física que deben adquirir los jóvenes españoles.

Así pues, y atendiendo al análisis efectuado sobre el currículo escolar se puede decir lo siguiente:

- Las materias que más contribuyen a la Alimentación y Actividad Física son Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, así como la Educación Física, en cuanto a generar comportamientos, relacionados con la prevención del sobrepeso y la obesidad, desórdenes de la conducta alimentaria, infecciones e intoxicaciones alimentarias, y malnutrición por defecto, contribuyendo con aportaciones importantes para esta última la asignatura de Ciudadanía y Ética. Las materias que más contribuyen a la hora de la prevención del sedentarismo y la mala práctica de la actividad física y deportiva es la de Educación física.
- El número de aportaciones curriculares en el tratamiento de la Alimentación y Actividades Físicas en la Educación Primaria es algo ligeramente mayor que en la Educación Secundaria Obligatoria. La comparación del currículo estatal (BOE) y autonómico (DOCV) deja una ligera diferencia a favor del BOE en cuanto a aportaciones en Secundaria y al DOCV en Primaria.
- La comparativa entre competencias conceptuales, procedimentales y actitudinales mostró que el currículo oficial trabaja en mayor medida las actitudes, quedando los contenidos y procedimientos a un nivel semejante pero algo menor.
- En relación con las perspectivas de futuro de esta investigación, consideramos necesario conocer el tratamiento que los libros de texto ofrecen a la Competencia en Alimentación y Actividad Física, así como contrastar las Competencias que realmente adquiere el alumnado al concluir la Educación Secundaria Obligatoria y el tratamiento que el profesorado ofrece en las aulas a esta temática.

■ 5. Referencias bibliográficas

- Ballesteros, J.M., Dal-Re, M., Pérez-Farinós, N. y Villar, C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5), pp. 443-449. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272007000500002>
- Banet, E. (2007). Finalidades de la educación Científica en Secundaria: opinión del profesorado sobre la situación actual. *Enseñanza de las Ciencias*, 25 (1), pp. 5-20.
- BOE (2006a). Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Primaria. Boletín Oficial del Estado «BOE» núm. 293 de 8 de diciembre de 2006.
- BOE (2006b). Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. Boletín Oficial del Estado «BOE» núm. 5 de 5 de enero de 2007.
- DOCV (2007a). Decreto 111/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunitat Valenciana. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana (DOCV de 24 de julio) de 2007. Conselleria d'Educació. Generalitat Valenciana.
- DOCV (2007b). Decreto 112/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunitat Valenciana. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana (DOCV de 24 de julio) de 2007. Conselleria d'Educació. Generalitat Valenciana.
- Gavidia, V. (1993). Consideraciones sobre la formación inicial del profesorado en Educación para la Salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 7, 59-70.
- Gavidia, V. (2002). La escuela promotora de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 16, 83-97.
- LOE (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. «BOE» núm. 106, de 04/05/2006. Jefatura de Estado. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2006). *Encuesta nacional de salud 2006*. Madrid Servicio de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en línea: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). Encuesta Europea de Salud en España. Disponible en línea: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Principales_Resultados_Informe.pdf.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estrategia NAOS. Programa Perseo*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Educación. Disponible en línea: <http://www.per-seo.aesan.msssi.gob.es/es/index.shtml>.
- OCDE (2006). PISA 2006. *Marco de la evaluación. Conocimientos y habilidades en Ciencias, Matemáticas y lectura*. Organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE). Disponible en línea: <http://www.oecd.org/pisa/39732471.pdf>
- OMS (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, 57. Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en línea: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/es/>.
- Pérez de Eulate, L., Llorente, E., Gavidia, V., Caurín, C. y Martínez, M.J. (2015) ¿Qué enseñar en la educación obligatoria de la alimentación y la actividad física? Un estudio con expertos. *Enseñanza de las Ciencias*, 33 (1), pp. 85-100.
- Serra, Ll. y Aranceta, J. (2000). *Evaluación del estado nutricional y hábitos alimentarios de la población juvenil española. Estudio Enkid* (3 vols.). Barcelona: Masson.



Ámbito 3

Prevención de las Adicciones

El profesor ante las drogas: algunas reflexiones ante las exigencias de la promoción de la salud

Amando Vega

Universidad del País Vasco, San Sebastián.

E-mail: amando.vega@ehu.es

RESUMEN: El consumo de las drogas no puede comprenderse bien al margen de otras conductas relacionadas con la salud, todas ellas condicionadas por actuaciones personales y determinantes sociales, por lo que la promoción de la salud constituye el marco y la estrategia más adecuada para desarrollar la educación relacionada con la prevención del consumo de drogas. Como objetivo final de la promoción de la salud es el “empoderamiento” de las personas para que puedan llevar una vida lo más saludable posible. Debemos ser conscientes de que vivimos un tiempo único que invita a una profunda reflexión sobre lo que sucede en nuestra sociedad, siendo el consumo abusivo de las diferentes drogas una manifestación de un malestar social. Y entender que sólo un pensamiento crítico puede aportar elementos que enriquezcan y den coherencia a la práctica educativa ante las drogas. Este enfoque más social, sin embargo, encaja perfectamente con las exigencias de la promoción de la salud en el sentido defendido por la OMS, ya que no sólo defiende la formación en salud de las personas sino también el trabajo comunitario, la reorientación de los servicios, unas políticas saludables y, en consecuencia, unos contextos donde las personas opten con facilidad por las conductas más saludables. Se entiende así la importancia de que las escuelas debieran ser lugares saludables por excelencia donde los niños y las niñas, al mismo tiempo que abren su mirada para un mejor conocimiento del mundo, de los otros y de sí mismos, se preparan para disponer de un proyecto de vida saludable. Por esto, abundan las razones para incorporar la educación para la salud en el proyecto educativo y curricular de los centros, como las presentadas por Salvador y Suelves (2009).

PALABRAS CLAVE: Drogas, Prevención, Educación en Salud, Competencias, Promoción de la Salud.

The teacher towards drugs: some considerations concerning the demands of health promotion

ABSTRACT: The consumption of drugs cannot be well understood isolated from other health-related behaviors, all conditioned by personal performances and social determinants, so that health promotion is the framework and the most appropriate strategy for developing related educational prevention of drug use. The ultimate goal of health promotion is the “empowerment” of people so that they can lead a life as healthy as possible. We must be aware that we live

a unique time that encourages deep consideration on what is happening in our society, being the abuse of different drugs a manifestation of social disorder. It is essential to understand that only critical thinking can bring elements that enrich and give coherence to educational practice in relation to drugs. This social approach, however, fits perfectly with the demands of health promotion in the sense advocated by WHO, as it not only defends health training people but also the community work, reorienting services, a healthy policies and therefore some contexts where people easily opt for healthier behaviors. In this sense, schools should be healthy places where children, while opening their eyes to a better knowledge of the world, prepare to have a healthy life plan. There are many reasons to incorporate health education in the educational and curricular project centers, such as those presented by Salvador and Suelves (2009).

KEY WORDS: Drug, Prevention, Health Education, Competencies, Health Promotion.

■ 1. Introducción

El consumo de las drogas no puede comprenderse bien al margen de las otras conductas relacionadas con la salud, todas ellas condicionadas por actuaciones personales y determinantes sociales, por lo que la promoción de la salud constituye el marco y la estrategia más adecuada para desarrollar la educación relacionada con las drogas. Y como objetivo final de la promoción de la salud es el “empoderamiento” de las personas para que puede llevar una vida lo más saludable posible, sus metas coinciden con las propias de la educación para la salud explicitadas de diferentes documentos programáticos del ámbito educativo:

- *“Desarrollar actitudes y hábitos favorables a la promoción de la salud personal y comunitaria, facilitando estrategias que permitan hacer frente a los riesgos de la sociedad actual en aspectos relacionados con la alimentación, el consumo, las drogodependencias y la sexualidad” (LOE, 2006).*
- *“Aprender a vivir responsablemente de forma autónoma, aprendiendo a conocerse uno mismo, a cuidar la salud mental y física propia, y a desarrollar hábitos saludables, sintiéndose seguro. Aprender a disfrutar de forma responsable de la naturaleza y de los recursos naturales, patrimonio de toda la humanidad y de las generaciones actuales y futuras” (Currículum del País Vasco: Decreto 175/2007 de 16 de octubre, artículo 6.2).*

Son planteamientos que, desde una visión ambiciosa y comprometida, encajan perfectamente con el desarrollo de la competencias socioeconómicas (UE, 2013), ya que en la medida en que las personas son plenamente sanas disponen de más recursos para comprometerse con una sociedad justa y saludable. De esta forma, se consigue también que las personas se enfrenten de forma positiva con los retos de su vida y de la sociedad de la que son miembros y no los mercados pendientes de la rentabilidad a toda costa.

Pero estos objetivos tan genéricos se encuentran con no pocas dificultades a la hora de su desarrollo en los centros escolares. Y se complica todavía más en el caso de las drogas, que no han perdido su connotación de tabú, por razones como:

1. La variabilidad del fenómeno de las drogas, en el que aparte de la diversidad de drogas existentes (legales e ilegales...), cambian las relaciones con cada una de ellas (diferentes tipos de consumo...), al mismo tiempo que se entremezclan en el mismo factores personales y sociales, sin olvidar los propios condicionantes de las sustancias.
2. La complejidad del hecho educativo (educador, educando, contenidos, métodos...), donde el profesor puede desempeñar funciones muy diferentes, desde la simple transmisión de unas informaciones hasta el apoyo comprometido en el pleno desarrollo personal y social de los individuos.
3. La diversidad de los contextos (familia, escuela, comunidad...) en los que tanto las personas como las acciones educativas se pueden desarrollar, lo que dificulta, por lo decir imposibilita, disponer de instrumentos didácticos de validez universal.

A todo esto, hay que sumar todas las consecuencias que la crisis que estamos sufriendo pueda provocar sobre cada uno de los aspectos antes señalados: el consumo de drogas, la acción educativa, el desarrollo social. Ningún país de nuestro entorno ha sufrido como España un retroceso tan acusado del sistema de bienestar, según el informe realizado por la Fundación Alternativas (Norte de Castilla, 17.03.13), con un creciente riesgo de pobreza de la población que afecta de forma especial a niños, adolescentes y jóvenes. Los recortes en sanidad, educación y prestaciones sociales han acentuado las carencias de los sectores más vulnerables y unos contextos nada saludables.

Desde estas consideraciones generales, debemos ser conscientes de que vivimos un tiempo único que invita a una profunda reflexión sobre lo que sucede en nuestra sociedad, siendo el consumo abusivo de las diferentes drogas una manifestación de un malestar social. Y entender que sólo un pensamiento crítico puede aportar elementos que enriquezcan y den coherencia a la práctica educativa ante las drogas. La pedagogía crítica, con apoyo de las teorías de carácter social, aporta instrumentos de reflexión

crítica que sacan a la luz los intereses sociales y personales implicados en este fenómeno y ofrecen criterios y estrategias de acción educativa más ambiciosas y comprometidas.

La interpretación social de los problemas suele ser, de todas formas, poco atractiva. Las implicaciones que este tipo de interpretación tiene para los cambios fundamentales en la pedagogía, el currículum y la organización educativa no son fáciles de abordar. Los educadores, más pendientes de las dificultades del quehacer diario que dé respuestas integrales, prefieren soluciones rápidas a los problemas que se plantean o añoran tiempos pasados. Son mucho más atractivas las teorías individualistas de patologías individuales de los niños con disfunciones emocionales o de conducta que requieren una intervención terapéutica que los planteamientos sociales más comprometedores personal y socialmente.

Este enfoque más social, sin embargo, encaja perfectamente con las exigencias de la promoción de la salud en el sentido defendido por la OMS, ya que no sólo defiende la formación en salud de las personas sino también el trabajo comunitarios, la reorientación de los servicios, unas políticas saludables y, en consecuencia, unos contextos donde las personas opten con facilidad por las conductas más saludables.

Se entiende así la importancia de que las escuelas debieran ser lugares saludables por excelencia donde los niños y las niñas, al mismo tiempo que abren su mirada para un mejor conocimiento del mundo, de los otros y de sí mismos, se preparan para disponer de un proyecto de vida saludable. Por esto, abundan las razones para incorporar la educación para la salud en el proyecto educativo y curricular de los centros, como las presentadas por Salvador y Suelves (2009):

- Constituye una de las estrategias clave en el centro educativo, no sólo para incrementar los niveles de salud del alumnado, sino también para mejorar el clima interno del centro escolar, optimizar sus procesos de gestión y alcanzar mejores resultados educativos, incluidos los académicos.
- La infancia y la adolescencia son las etapas del desarrollo vital en las que se adquieren los principales hábitos de vida que se consolidarán con los años. La obligatoriedad de la educación desde los 6 hasta los 16 años facilita que el acceso a la población infantil y adolescente sea casi total.
- El ámbito educativo proporciona un marco de intervención social que cuenta con agentes que disponen de una alta cualificación desde el punto de vista pedagógico: el profesorado.

Si la escuela pretende fomentar el desarrollo integral del alumnado debe abordar necesariamente todas las cuestiones relacionadas con la salud de forma integrada en su proyecto educativo y curricular, desde una transversalidad comprometida. Es

más probable que los alumnos y alumnas se responsabilicen de su salud, si los conocimientos traspasan las fronteras divisorias de las asignaturas del currículum y los programas específicos sobre determinadas conductas no saludables. Si la meta es aprender a vivir, es en cierto modo la vida real con sus necesidades la que ha de marcar la acción educadora a desarrollar.

■ 2. ¿Qué sucede en la práctica educativa?

La Educación para la Salud, sin embargo, encuentra aún serias dificultades, de modo que el número de acciones estructurales y permanentes sigue siendo limitado y su eficacia continúa siendo difícilmente evaluable. La educación para la salud es un derecho de todo el alumnado. Estamos ante una cuestión de justicia curricular, que obliga a ser respetuoso y atender a las necesidades educativas de todos los colectivos sociales (Torres, 2010). Un proyecto curricular justo tiene que ayudar a las ciudadanas y ciudadanos más jóvenes a verse, analizarse, comprenderse y juzgarse en cuanto personas éticas, solidarias, colaborativas y corresponsables de un proyecto más amplio de intervención sociopolítica destinado a construir un mundo más humano, justo y democrático (Jordán, 2011). Es lo que pide la promoción de la salud en su sentido más ambicioso, cuando entre sus estrategias incluye tanto el fomento de la educación de la salud como la implantación de políticas saludables, el trabajo comunitario, el desarrollo de contextos saludables y la reorientación de los servicios relacionados con salud. Con la Promoción de la Salud (OMS, 2012) se pretende que las personas desarrollen las habilidades necesarias para aumentar el control sobre su salud.

Aunque no faltan estudios sobre el tema, se hecha en falta un análisis profundo sobre las condiciones en que se realiza en los centros escolares la llamada educación sobre drogas, que muchas veces se reduce a la aplicación de unos programas, con más o menos sesiones, que no se integran en los proyectos educativos de los centros, por lo que sus resultados, aunque sean positivos a corto plazo, tienen pocas garantías de eficacia a largo plazo. Se entiende, por otra parte, que la adolescencia es un periodo crucial en el desarrollo de la personalidad del estudiante. Es cuando el alumnado suele tomar contacto por primera vez con las drogas, sin que falten problemas vinculados con el fracaso escolar (bajo rendimiento académico, comportamientos poco adecuados, tensiones con el profesorado...).

En esta exposición, me limitaré a recoger algunos datos de un estudio más amplio que hemos realizados sobre las drogas en los PCPI del País Vasco (Vega, Aramendi, 2012), que, aunque no refleja la realidad del conjunto de la población escolar, invita a

reflexionar sobre los colectivos más vulnerables, al mismo tiempo que muestra la “situación” del profesorado ante la problemática de las drogas. Estas son las principales conclusiones de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación.

1. El profesorado de los PCPI es muy consciente de las necesidades formativas del alumnado que ingresa y posee además una visión integral de la acción educativa. Entre las más importantes se encuentran las carencias relacionadas con la formación básica, la autonomía personal, la salud emocional, las relaciones familiares, las habilidades sociales, la formación laboral, el conocimiento de las instituciones sociales y la necesidad de rendir en la medida de sus posibilidades en el centro. En general, salvo en la formación laboral específica, el profesorado opina que los chicos tienen más necesidades de mejora que las chicas. También se constata que la diversidad del alumnado que desarrolla sus estudios en los PCPI es muy grande.
2. Respecto a las necesidades formativas relacionadas con la salud, los docentes asumen que se debe capacitar al alumnado para tomar decisiones responsables en torno a este tema. Las diferencias de medias entre ambos sexos, por otra parte, son significativas en cuanto a la actitud responsable en el consumo de drogas, en el conocimiento de sus riesgos y peligros, en la capacidad de ayudar a compañeros y compañeras con problemas de consumo y en la forma de reducir riesgos y daños.
3. Los contenidos curriculares desarrollados en los PCPI sobre la educación para la salud según los docentes, son la alimentación, la higiene, la salud buco-dental, la actividad física, el ocio y el tiempo libre, la sexualidad y las relaciones afectivas, los primeros auxilios, la seguridad y la prevención de accidentes, la salud mental, el medio ambiente, la información sobre las drogas, la anorexia y la bulimia, el sida, el funcionamiento del sistema sanitario y la prevención y control de actividades. Todos estos conocimientos son considerados importantes. Sin embargo, los docentes reconocen que se imparten de forma poco sistemática en las sesiones de clase.
4. A la hora de analizar la colaboración existente entre las organizaciones sociales y educativas, se constata que los servicios sociales de base y las instituciones especializadas del ámbito de la salud son las que más se implican con la labor de apoyo a estos programas. Los centros de profesorado, las Consejerías de Educación y Sanidad, el voluntariado, la universidad y la inspección educativa colaboran muy poco con los docentes de los Programas de Cualificación Profesional Inicial.

Como conclusión más general desatacaría que el profesorado de los PCPI es consciente de las necesidades educativas de sus alumnos y alumnas y de los contenidos relacionados con la salud que deben desarrollar en su práctica educadora. Sin embargo, dejan constancia del poco apoyo que reciben de las instituciones educativas, a pesar de su compromiso con la formación integral de las personas.

¿Damos así una respuesta educativa a las necesidades de los adolescentes? Los adolescentes son, en realidad, los sujetos que crean los relatos sobre sí mismos desde su experiencia cotidiana y, por esto, conviene escucharlos, como lo hicieron Del Fresno García y Pérez García (2012: 161-162) con chicos y chicas de 17 y 18 años, estudiantes de un Programa de Cualificación Profesional Inicial. Las conclusiones obtenidas en relación con las drogas invitan a la reflexión:

- no existen canales formales o informales suficientes y eficientes que eviten la viralización de falsas creencias alrededor de las drogas;
- en los hogares familiares no parece darse las vías idóneas para la comunicación entre padres e hijos y domina el síndrome de negar el problema por no mencionarlo;
- debería ser una prioridad el que los padres sean involucrados de forma permanente en la prevención del consumo de drogas;
- de forma adicional a las prácticas sexuales de riesgo las drogas incrementan el riesgo en este tipo de relaciones;
- las drogas están asociadas de forma natural a los momentos de diversión y el ocio apareciendo esos momentos no asociados a las drogas duras por lo que no se perciben riesgos evidentes;
- que las drogas se consumen de forma social y el grupo lo incentiva como rito de inclusión y de paso de la niñez a la adolescencia;
- dentro de un sistema de mercado las drogas aparecen como la representación de la eficacia de ese mercado en cuanto a ajuste de precios a la demanda y organización de la logística en los espacios específicos de los adolescentes;
- sobreviven creencias ingenuas o equivocadas alrededor del marco legal y sanitario de las drogas;
- el consumo de cannabis aparece como la continuación natural, no necesariamente causal, al consumo de alcohol y tabaco omnipresente en el entorno social de los adolescentes y, así, queda asociado con un no-consumo de drogas

por la normalización social del consumo mismo, la facilidad de acceso y consumo dentro de los círculos y redes sociales;

- la percepción de riesgos asociadas al consumo de drogas, riesgo psicológico y riesgo físico, están subestimados entre los adolescentes y pervive una imagen casi inocua de los efectos de las drogas;
- debido a la subestimación de los riesgos, se organiza el discurso de la legalización de las drogas blandas debido tanto a una imagen benévola de las mismas como a la constatación de su consumo generalizado en el entorno de cercanía de los adolescentes;
- el control social del grupo para controlar el consumo sólo afecta a las chicas y se tolera en mayor medida el consumo regular o el exceso entre los chicos;
- los adolescentes siguen necesitando de fuentes de información omnipresentes en sus contextos sociales y familiares que les faciliten respuestas fiables, racionales y veraces sobre las cuestiones que interrelacionan en sus vidas sexualidad, drogas y alcohol. . .

■ 3. La educación sobre las drogas

¿Cómo entender la acción educadora cuando de las drogas? Naciones Unidas (1987) oferta una respuesta que puede servir para el inicio de esta reflexión, cuando presenta la educación sobre las drogas:

“como un proceso continuo y un largo y arduo empeño, cuyo objetivo es despertar y mejorar la comprensión de las causas... y ayudar a jóvenes y adultos a hallar soluciones para sus dificultades y a vivir sin tener que recurrir a las drogas”.

Esta definición, en principio, clara, se presta, sin embargo a las más variadas interpretaciones, pues según el sentido y valor que demos a cada uno de los términos utilizados, la práctica educativa tendrá uno u otro alcance. En este sentido, no es lo mismo poner toda la responsabilidad del consumo de drogas en el individuo y hacia él orientar toda la acción educadora, que entender los problemas relacionados con las drogas como una cuestión social donde el individuo es en cierto modo, víctima de una sociedad adictiva.

Por esta razón, si hablamos de educación, este concepto tiene que ser asumido en toda su profundidad. La educación en ningún momento se puede equiparar con la represión, con el control, con la manipulación, con el lavado del cerebro, con llenar la cabeza de información, con la titulación. La educación, que encierra un tesoro que no acabamos de comprender y menos de descubrir, no tiene otros pilares básicos, que los señalados por Delors

y otros (1996) en su informe elaborado por encargo de la Unesco: - aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir. Sin olvidar el de ser feliz, objetivo contemplado por los expertos, pero finalmente no recogido en el documento final.

Conviene recordar aquí los componentes fundamentales sin los cuales no hay práctica educativa. Como señala Freire (1994), “de manera simple, esquemática quizás, pero no simplista”, en toda situación educativa encontramos:

- a) un sujeto: “El sujeto que enseñando aprende y el sujeto que aprendiendo enseña” (educador y educando);
- b) objetos de conocimiento que el profesor (educador) debe enseñar y que los alumnos (educandos) tienen que aprender (contenidos);
- c) objetivos mediatos e inmediatos a que se destina o se orienta la práctica educativa (metas);
- d) métodos, procesos, técnicas de enseñanza, materiales didácticos, “que deben estar en coherencia con los objetivos, con la opción política, con la utopía, con el sueño del que está impregnado el proyecto pedagógico”.

La educación para la vida podría ser una expresión general para referirse a la educación sobre las drogas, al integrar una serie de aspectos que encuentran sentido en un marco de promoción de la salud. Se trata de conseguir que todo individuo consiga ser el “ingeniero” de su proyecto vital. El dominio y control de sí mismo provienen de una comprensión del cambio y de la aptitud para provocar éste, dentro de un contexto social que posibilite la autonomía personal.

Desde esta perspectiva, está claro que el enfoque tradicional de la educación sanitaria no es suficiente para conseguir el objetivo de la salud. Es necesario elaborar modelos de educación para la salud en los que se considere la interacción entre los factores biológicos y ambientales de los que depende su desarrollo armonioso, en el marco de la promoción de la salud, con todas sus implicaciones políticas, económicas y sociales (OMS, 1978).

Asumir la responsabilidad educativa ante el fenómeno de las drogas implica, pues, tener en cuenta no sólo el conjunto de factores que conforman el fenómeno de las drogas sino también los elementos que intervienen en la acción educadora para con claridad de metas y conocimiento de los recursos y los límites existentes tanto en las personas como en nosotros mismos, ofertar las respuestas más adecuadas.

La acción educativa, al pretender la plena liberación e independencia de la persona ante las drogas, asume que los individuos se desarrollan en una sociedad que al

mismo tiempo que ofrece todo tipo de sustancias que pueden crear dependencia, no es capaz de proporcionar esos recursos que permitan al individuo desarrollarse con autonomía y libertad, metas a las que tiende precisamente la educación.

Sin realmente creer aquello que se hace y se persigue, por qué y para qué, es difícil hasta atreverse a pensar en una educación valiosa, de calidad para todos. Freire (1975; 1993) quien basa sus propuestas en una filosofía transformadora de la educación y la sociedad, cargada de utopía y sustentada en la humildad. Sin amor y humildad, puntualizaba Freire (1975) en su apuesta comprometida por una educación transformadora, el quehacer escolar de los centros y los profesionales puede terminar siendo bancario, mercantil, funcionarial, rutinario y empobrecedor, pero no educativo, liberador, ni social y humanamente relevante.

Entiende Freire que la pedagogía radical nunca puede hacer concesión alguna a las artimañas del “pragmatismo” neoliberal que reduce la práctica educativa al entrenamiento técnico-científico de los educandos, al entrenamiento y no a la formación. Este gran pedagogo no cree en los “paquetes” que se imponen, tanto por lo que implican de autoritarismo como porque impiden la creatividad de los educandos. Y continúa:

“La necesaria formación técnico-científica de los educandos por la que lucha la pedagogía crítica no tiene nada que ver con la estrechez tecnicista y científicista que caracteriza el mero entrenamiento. Por eso, el educador progresista, capaz y serio, no sólo debe enseñar muy bien su disciplina, sino desafiar al educando a pensar críticamente en la realidad social, política e histórica en la que está presente...el educador progresista no puede acomodarse, abandonando la lucha, vencido por el discurso fatalista que apunta, como única salida histórica actual, la aceptación, entendida como expresión de la mente moderna y no como “trágala” del que ahí está porque el que está ahí es el que debe estar”.

Desde este planteamiento, la educación no tiene sentido sino es para promover el cambio, o mejor dicho, la emancipación, pues de lo contrario se limitará a dar respuestas parciales, puntuales, superficiales, que lo único que provocan es el mantenimiento del problema de las drogas en su conjunto, al mismo tiempo, que acalla las conciencias de la sociedad bien pensante. La educación no se entiende sin el compromiso social de la familia, de escuela y de la sociedad, con una política coherente que integre todos los esfuerzos para conseguir su plena reinserción social, con los programas y las técnicas educativas que convengan en cada caso y situación.

En este marco, surgen diferentes objetivos a tener en cuenta según personas y circunstancias, diferenciando siempre entre acciones de carácter preventivo y terapéutico, como a continuación se puede ver. Así en el caso de la educación preventiva, se pueden asumir como objetivos, entre otros.

- Sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos.
- Informar y educar a nuestros ciudadanos, especialmente niños y jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos.

En el caso de la educación terapéutica, los objetivos se podrían concretar, a modo de ejemplo, en:

1. crear una comunidad más receptiva, más allá de prejuicios, hostilidades y exclusiones de las personas con problemas de drogas;
2. suscitar una relación más compatible entre el individuo y el medio que le rodea, con una comprensión mutua, con el cambio de las circunstancias sociales y económicas del individuo, con un apoyo a nuevo estilo de vida;
3. mejorar los programas de tratamiento y las actitudes del personal para responder mejor a las necesidades del individuo, con la mirada puesta en su reinserción práctica;
4. mejorar los programas de reinserción para atender de forma global las necesidades de los individuos en su propio entorno socioeconómico.

Todo este planteamiento que en teoría puede parecer una utopía, en la práctica resulta más fácil si partimos de casos concretos, de individuos con nombres y apellidos, como muestran experiencias ya realizadas, sin negar que existen casos y situaciones muy difíciles.

Resulta válida aquí la gran meta que se plantea para la enseñanza obligatoria que no es otra que la “inserción crítica y creativa en la sociedad”, objetivo que puede extenderse a toda la vida, sobre todo cuando existen dificultades como pueden ser las relacionadas con el abuso de diferentes drogas. La acción educativa se traducirá en un conjunto de recursos educativos, de tratamiento y de inserción social, puestos a disposición de los individuos con o sin problemas de drogas con el fin de promover unas conductas saludables en relación con el fenómeno de las drogas. Dentro de esta óptica se pueden recordar algunos objetivos específicos a conseguir según contextos y situaciones personales:

- Modificar las conductas de abuso de drogas y/o conductas afines,
- Minimizar los daños producidos por el consumo,
- Reconstruir la personalidad del individuo y preparar su inserción social,
- Permitir al individuo comprender que el fenómeno de la salud recoge unas leyes de crecimiento y desarrollo, de equilibrio, y que está hecho de interrelaciones.

- Guiar al individuo en la adquisición de los comportamientos consecuentes a estos conocimientos y actitudes.

Es necesario ofrecer respuestas educativas a las necesidades especiales que puedan presentar los individuos dependientes de alguna sustancia. Esta educación tendrá, en unos casos, un sentido de “re-educación” pues se trata de recomponer en cierto modo una personalidad deteriorada por diversos factores, entre los que destaca la droga. Pero, en otros casos, habrá que ofrecer simplemente “educación”, pues se trata de personas sin medios para enfrentarse de forma positiva ante la oferta de las drogas, precisamente porque nunca han recibido esos recursos (habilidades sociales, autoestima, capacidad de superar tensiones, etc.).

El punto de mira básico es la persona, pero la persona situada en un contexto social concreto en el que conviven elementos culturales, ideológicos, económicos y políticos. La persona no se entiende sin el contexto ni el contexto se comprende sin la persona, al mismo tiempo que persona y contexto aparecen con sus propios recursos y sus limitaciones. En este marco, la acción educativa se ocupa del crecimiento y del desarrollo, y adapta sus actividades al nivel evolutivo, a los antecedentes sociales y culturales y a los intereses de los participantes. La capacidad de evitar los problemas relacionados con las sustancias no depende de la cantidad de información, sino de la madurez crítica, la autonomía intelectual, la capacidad afectiva y la autoestima. La educación, en este sentido, se puede definir como el conjunto de recursos de los individuos (competencias), consumidores o no de drogas, con el fin de éstos tomen decisiones sanas en relación con el fenómeno de las drogas.

■ 4. Las tareas del profesorado

A la hora de plantear las tareas que el profesorado puede llevar a cabo en los centros, cabe señalar una serie de dificultades que dificultan su tarea educativa en relación con las drogas. El primero de ellos es la escasa capacitación de los profesionales de la educación para abordar este tema. Tampoco podemos olvidar que la propia estructuración del sistema plantea dificultades: metodología empleada, el tipo de agrupamientos, el número de menores por aula... Por otra parte, las medidas de prevención, en muchas ocasiones, se basan en la aplicación de actividades y campañas ligadas a la acción tutorial, cuando el problema del consumo de drogas requiere un tratamiento más continuado y transversal que complemente esas actuaciones preventivas. Se requiere también una coordinación entre servicios y profesionales, para de este modo darle un sentido más global a nuestras intervenciones y a la lucha contra este problema. Sólo de los esfuerzos conjuntos podremos obtener resultados satisfactorios (Delgado, 2012).

El profesional de la educación, que trabaja con un grupo y tiene interés en realizar sus funciones educativas con eficacia, ha de poseer información sobre el problema de las drogas. Pero también ser capaz de utilizar esta información de manera adecuada y saber desarrollar de forma apropiada las actuaciones que convengan a las necesidades de los alumnos. El profesor debe ser facilitador, conductor, modelo, mediador... Si no está preparado, es necesario conseguir la formación que le permita realizar esas funciones. ¿Qué podemos hacer entonces?

Hace falta, en primer lugar, una reflexión profunda sobre los elementos que confluyen en el sistema educativo y conocerlos a fondo, para luego poder intervenir de una forma más adecuada. La mezcla de “menores vulnerables” con “el consumo de drogas”, resulta explosiva. No cabe duda de que tenemos que añadir un tercer elemento, que va a incidir y “atenuar” en la medida de lo posible el efecto de los otros dos: la educación. Como el autor citado analiza cada uno de estos elementos y muestra cómo se perciben desde el sistema educativo, con un lenguaje muy claro y directo, no voy a insistir en este ámbito. Sigo, sin embargo, con sus aportaciones que surgen desde la experiencia práctica de un profesor de instituto.

Es necesario conocer el contexto en el que el menor se desenvuelve y es preciso intervenir con ellos desde diferentes ámbitos, lo que precisa una coordinación y una planificación conjuntada entre servicios sociales, educación, salud... Y esto es algo que es muy difícil de conseguir. Cada uno trabajamos en nuestra parcela, y nuestros logros o fracasos son puntuales y concretos, no teniendo nada que ver con el abordaje global de las diferentes situaciones. De todas formas, esto no significa que no tengamos una comunicación directa entre diferentes servicios, sino que no existe un programa individualizado y global para trabajar con cada uno de estos menores.

Los profesores son conscientes del problema y no faltan normas de actuación en los centros educativos. Sin embargo, por lo que se refiere al ámbito de la prevención, “se depende de programas y campañas que planifican otros servicios, y que tienen un carácter básicamente informativo. Estos, suelen desarrollarse a través de actividades puntuales, ligadas a la acción tutorial. Deberíamos pensar que la prevención del consumo es algo que requiere un trabajo más continuado y transversal, a realizar en el día a día del centro. Una vez más, nos encontramos con la duda de si los profesionales de la educación estamos preparados para hacer esta labor” (p.- 243).

En cuanto a la labor de educación que se hace desde el sistema educativo, “observamos que tiene un carácter muy desigual. En las primeras etapas (educación infantil y primaria), cuando los menores son considerados todavía niños, reviste un carácter “paternalista”, de tipo protector y con un sentido casi más educativo que formativo. El

paso al instituto marca ya una clara diferencia. El maestro deja paso al profesor, que se considera más un formador que un educador. Lo importante en esta etapa es más dar una buena formación que nos capacite para incorporarnos al mundo laboral o seguir estudiando, que proporcionar una educación. El alumnado empieza a ser visto ya como más maduro, más independiente, y por ello más capaz de asumir una serie de responsabilidades” (p.- 244). Pero no podemos obviar que pese a su edad, siguen siendo alumnos, siguen estando dentro del sistema educativo, y ello merece toda nuestra atención.

En cuanto a la prevención resalta que “desde el sistema educativo, diremos que tan deseable es hablar de hábitos saludables como de prevención del consumo de drogas, ya que ambos aspectos son necesarios y complementarios”. Y no son pocas las acciones informativas y educativas a llevar a cabo, para resaltar a continuación: “De lo que ya no hay duda es que la sola exposición oral, sin la participación de los menores, no es buen camino para informarlos sobre los efectos de las drogas y sobre los demás asuntos que atañen a su consumo. Además estamos acostumbrados a que expertos y profesionales en la materia sean los que acudan a los centros a darnos esta información preventiva. Estas intervenciones, generalmente se realizan ligadas a la acción tutorial. Evidentemente es necesario hacerlo, pero debemos plantearnos que se producen de manera muy puntual, cuando lo más adecuado sería que tuviesen un tratamiento más profundo y de forma transversal, es decir, que cada profesor pudiera trabajar estos aspectos en su día a día”.

La educación es un factor protector indudable si se aprovecha a fondo el hecho de que este sistema está compuesto por el profesorado, el alumnado, las familias y otros agentes sociales. Además de las actividades directamente ligadas a la prevención (charlas, talleres, contenidos curriculares, servicios psicopedagógicos, aplicación de las medidas recogidas en los reglamentos orgánicos, vigilancia, etc.) se realizan otras de influencia indirecta, como las deportivas y las recreativas, es decir, ligadas al ocio y tiempo libre de nuestros jóvenes.

Este autor presenta un serie de pautas de actuación del profesorado ante el alumnado que consume drogas, “respuestas útiles y prácticas a las múltiples preguntas que el profesor se hace cuando ha descubierto -con certeza- que uno o más de sus alumnos consumen drogas adictivas, especialmente las ilegales. Decimos «ha descubierto con certeza», aunque lo común es que se llegue sólo a una sospecha fundada. Esto es suficiente para empezar a actuar, pues la pérdida de tiempo puede significar la diferencia entre una intervención oportuna, exitosa, y la adquisición de un hábito que lleve a la adicción verdadera”. Y en los centros que no tienen programas preventivos con estrategias y acciones claramente establecidas, el profesorado debería insistir en que los haya y

comprometerse a cumplirlos. Por lo menos deben respetarse algunos principios y líneas de actuación acordadas entre las autoridades escolares, los profesores y los padres. De este modo se evitarían malos entendidos y, seguramente, habría mayores posibilidades de prevenir el consumo de drogas entre el alumnado” (p.- 255).

Hay que recordar el conjunto factores de riesgo han “conducido” a los alumnos a esta situación. Y que estos factores se relacionan tanto con el sistema educativo, como con la comunidad, aunque generalmente es su situación familiar y lo que han vivido en este entorno, lo que les ha conducido por el camino más difícil. Y termina con este rico comentario (p.- 256):

“Por todos estos factores debemos tener en cuenta que la intervención con estos menores se complica. Parecen estar ya muy “de vuelta” de todo, y eso dificulta que el uso de determinadas herramientas, que puedan emplearse para trabajar este problema con otro tipo de menores, sirvan adecuadamente en estos casos. Son menores de trato (p.-257) más complicado, que en muchas ocasiones parecen no tener nada que perder. Por ello, en estos casos debe existir una coordinación más intensa entre los diferentes agentes implicados en su proceso vital, e incluso promover planificaciones y actuaciones de equipos multi e interdisciplinarios. Sólo de esta manera se puede abordar su situación de manera global. Es en este aspecto donde debemos insistir, ya que existe una gran dispersión y se tiende a compartimentar la intervención, lo que resta los resultados que podamos obtener”.

■ 5. Competencias para la acción educadora sobre las drogas

Si asumimos que la educación sobre drogas tiene como meta el pleno desarrollo del individuo todas aquellas competencias que contribuyan a este objetivo son válidas en el ámbito de las drogas. La finalidad de la acción educadora es aumentar la capacidad de tomar decisiones, esclarecer los valores y facilitar su puesta en práctica así como desarrollar la aptitud para enfrentarse con diversas situaciones, objetivos difíciles de conseguir cuando “nos hemos convertido en dependientes de los sistemas burocráticos en la educación... y nos inclinamos a pensar y actuar instrumental y técnicamente dentro de la trama burocrática, sin combatirla de un modo crítico ni actuar positivamente para transformarla” (Kemmis, 1988).

Desde el punto de vista educativo, importa poco que el individuo esté o no implicado en el abuso de drogas, que existan drogas legales o ilegales, que el consumo sea experimental, ocasional o social. Lo que importa al educador es tomar conciencia de estar ante una persona que puede perder, si no ha perdido ya, su autonomía y libertad personal al consumir ciertas sustancias que llamamos drogas. La educación tiene que dar las respuestas específicas que cada persona necesite, preventiva, en unos casos,

terapéutica, en otros, pero siempre educativa. Es decir, respuestas que promuevan su desarrollo integral como persona.

Esta intervención educativa, aunque sea diferente para cada situación, también puede orientarse por una serie de principios generales, precisamente para poder conseguir los objetivos propuestos en la actuación educativa:

1. Ninguna actuación debe ser estigmatizante ni segregante. La forma de abordar el problema no tiene que añadir nuevas dificultades.
2. La intervención no debe ser exclusiva para los sujetos que tiene dificultades.
3. Los programas han de incardinarse en una población concreta.
4. Las intervenciones educativas tendrán un carácter eminentemente comunitario.
5. Todas actuaciones tiene que ser coherentes y estar integradas en el proyecto educativo del centro.

Aquí no se pueden olvidar las variables organizativas, por todas sus implicaciones a nivel educativo: la coordinación entre los educadores, la práctica del trabajo en equipo, la organización acorde con los objetivos, etc. Es el centro educativo en su conjunto el que tiene que ofrecer una intervención educativa plenamente coherente ante la problemática de drogas del alumnado (datos de consumo, tendencias, etc.). En este sentido, para elaborar un plan educativo, habrá que tener en cuenta en primer lugar, el conjunto de variables que intervienen en su elaboración propiamente dicha como en la valoración y revisión del mismo. Estas variables que determinan el planteamiento teórico y filosófico del modelo educativo responden a las preguntas ¿por qué?, ¿para qué?, ¿cómo? En relación con las drogas explicitarán cómo queremos que sea nuestro servicio y el proceso de aprendizaje de los educandos. Con el plan educativo de centro se da sentido y unidad a cualquier intervención educativa que tenga lugar en el centro o en relación con el centro. Se asume que la educación general es el marco más adecuado para tratar el tema de las drogas (Unesco, 1997).

Más que atemorizar a niños y adolescentes sobre los peligros de las sustancias, la amenaza de la ley, el desprecio de la sociedad..., habrá que acercarse de forma humana y profunda al fenómeno de las drogas, sus implicaciones para las personas y asumir la propia responsabilidad. Y cuando haya problemas de abuso, orientar hacia el tratamiento que convenga. Habrá que desmitificar el “problema de las drogas”, normalizar los servicios, apoyar las personas que tienen dificultades con las sustancias, disponer de profesionales competentes para los tratamientos, desarrollar programas de reducción de daños y riesgos, asumir un compromiso auténtico con la prevención de las drogo-

dependencias... y también educar para la salud integral en nuestros centros escolares. Todo en un marco de comunidades saludables que se esfuerzan y luchan porque se respeten los derechos humanos, políticos y sociales de todas las personas.

A partir de aquí se entiende que existan una serie de conocimientos, actitudes y habilidades que el profesorado debe poseer para poder llevar a cabo una educación sobre drogas en la escuela.

5.1. Conocimientos

El profesor/a no puede actuar como educador sin unos conocimientos mínimos sobre el problema de las drogas. No tiene que ser un especialista en el tema. Sí importa que tenga la información suficiente para poder comprender el sentido y el alcance que tiene el consumo y el abuso de drogas, tanto a nivel social como a nivel individual y ofrecer así las respuestas pertinentes desde la escuela, utilizando para ello los recursos necesarios. Por todo esto, la intervención educativa que pretenda ser eficaz ha de tener en cuenta todas las variables que intervienen en el inicio y en el desarrollo del consumo de las diferentes drogas. Sólo actuando sobre estas variables de forma adecuada, se podrá influir en positivo sobre el consumo de las drogas.

Entre los principios que pueden considerar básicos, pero no por elementales menos importantes, pueden destacarse los que sigue. Estos principios debieran constituir como la filosofía de fondo de cualquier intervención educativa ante problemas relacionados con drogas.

1. El problema de las drogas es un problema de todos, simplemente por el hecho de que somos miembros de una sociedad inmersa en una auténtica “cultura de drogas”.
2. No hay que dramatizar, pero tampoco simplificar el problema de las drogas.
3. El consumo de drogas no es una enfermedad, sólo sus consecuencias.
4. No todo consumo de drogas es elemento disgregador, no integrador.
5. Es imposible tratar a un individuo sin su consentimiento y participación.
6. La inserción social del drogodependiente también exige la inserción social inversa de la sociedad, es decir, la aceptación por parte de la sociedad (“hacer lugar”) de la persona con problemas de drogas.

Son criterios básicos y elementales que habrá que adaptar a las respuestas educativas para responder a las necesidades reales de cada situación, de acuerdo con el

diagnóstico previo realizado. Y, desde esta perspectiva, ha de suponer de una serie de conocimientos mínimos sobre la cuestión de las drogas:

- Conocimiento y comprensión del desarrollo humano en sus diferentes etapas evolutivas y del entorno social en el que se desenvuelve.
- Conocimiento y comprensión de las características de las diferentes drogas, así como sus efectos.
- Conocimiento y comprensión de los usos básicos y de los abusos de las diferentes drogas.
- Conocimiento de los factores personales y sociales, así como su interrelación implicados en la problemática de las diferentes drogas.
- Conocimiento y comprensión de la política vigente en relación con las diferentes drogas a nivel estatal e internacional.
- Conocimiento y comprensión críticas de los datos actuales sobre el consumo de drogas aportados por los diferentes estudios.
- Conocimiento de los recursos de la sociedad en relación con la problemática de las drogas tanto en relación a la prevención como al tratamiento.
- Conocimiento y comprensión de la complejidad de la acción educativa ante los diferentes tipos de consumidores de las sustancias legales e ilegales.
- Conocimiento y comprensión de las diferentes técnicas educativas y reeducativas, que pueden ser útiles en el marco escolar y extraescolar.
- Conocimiento de los materiales y recursos didácticos que pueden apoyar la tarea educadora dentro y fuera de la escuela.
- Conocimiento la política educativa vigente con sus límites y recursos, tanto en sus aspectos genéricos como en los relacionados con la educación sobre las drogas.

5.2. Actitudes

Pero como se trata de llevar adelante una tarea educativa, no podemos conformarnos con la información. Las actitudes son elementos a tener en cuenta también, no sólo por lo que implican de compromiso en el maestro sino también como soporte de sus actuaciones en la práctica educativa cotidiana. Los valores y las actitudes de los profesores influyen de forma decisiva en toda la actuación educativa relacionada con las drogas. Estos, incluso, son previos a los conocimientos y las habilidades, ya que

la filosofía que ellos sostienen, hace significativos tanto los conocimientos como las habilidades. Las actitudes de los profesores hacia las diferentes drogas y su consumo, así como hacia el estudiante y sus conductas, incluida la responsabilidad educativa para con él, influenciarán, de forma decisiva a veces, todas las actividades del profesor relacionadas con la educación sobre drogas. Por eso resulta tan importante que muestren una actitud receptiva para ayudarles, que exista empatía, responsabilidad, entusiasmo, motivación por la tarea educadora, valoración positiva de sus personas...

En este sentido, se puede considerar una serie de actitudes básicas que se corresponden con la tarea educativa relacionada con las drogas, donde una vez más habrá que tener en cuenta no sólo sustancias, sino también personas ubicadas en contextos concretos y posiciones ante el acto educativo como las siguientes:

- Asume que como profesor es más un educador, animador y orientador del aprendizaje y de la formación integral de la persona que un dispensador de conocimientos.
- Acepta las propias limitaciones como educador sobre las drogas, buscando ayuda siempre que sea necesario, entendiendo su acción como parte del compromiso educativo que tiene la escuela, la familia y otras instituciones.
- Está convencido de la dignidad personal de los alumnos, más allá de sus implicaciones en conductas inadecuadas en relación con las drogas.
- Respeta y confía en la familia de sus alumnos sin mirar con preferencia estilos particulares de familia, incluso, en los casos en los que exista problemas específicos relacionados con las drogas.
- Está convencido de que las decisiones personales en cuanto al consumo de drogas y las opiniones personales deben ser legítimamente sostenidas.
- Tiene una actitud de respeto por la integridad del cuerpo humano.
- Sostiene que los temas del alcohol, del tabaco y de los medicamentos, así como el de las drogas ilegales, deben con todo derecho tratarse en las escuelas.
- Entiende que la educación sobre las drogas favorece las alternativas al consumo y el abuso de las mismas, más que el ataque y la prohibición.
- Permanece en una actitud constante de investigación como recurso de formación permanente y de apoyo a la acción educadora.
- Asume su responsabilidad crítica ante la compleja problemática social de las drogodependencias, incluido el cuestionamiento continuo de la propia actuación.
- Acepta que su acción educativa encuentra sentido dentro del proyecto educativo del centro y, siempre que sea posible, dentro del compromiso de la comunidad.

5.3. Habilidades o destrezas

Pero para ser un buen educador no basta con disponer de unos conocimientos sobre las drogas ni de unas actitudes educativas ante las mismas. La educación es, ante todo, una tarea práctica, por lo que resulta básico saber transmitir esos conocimientos y esas actitudes a los educandos y, sobre todo, facilitarles ese conjunto de recursos que posibiliten tomar decisiones sanas ante las diferentes drogas.

El profesor necesita disponer de unas habilidades que le ayuden a conseguir los objetivos propuestos en la actuación educativa. En general, se puede decir que cualquier destreza útil en la educación es válida para la educación sobre drogas. En este sentido, se pueden señalar algunas habilidades básicas para llevar adelante la educación sobre las drogas en el marco escolar:

- Habilidad de reconocer y trabajar con los estudiantes temas relacionados con las drogas.
- Habilidad para usar la clarificación de valores como experiencia de aprendizaje.
- Habilidad para utilizar las técnicas de solución de problemas y toma de decisiones.
- Habilidad para trabajar individualmente con estudiantes que tienen problemas de educación.
- Habilidad para la elaboración y puesta en marcha de acciones educativas adecuadas a las necesidades.
- Habilidad para la utilización de las ayudas técnicas propias de la enseñanza y de la educación.
- Habilidad para la elaboración del curriculum y las adaptaciones pertinentes así como para establecer e integrarse en la organización escolar más adecuada según el proyecto educativo de centro.
- Habilidad para relacionarse con otros profesionales implicados en la prevención o el tratamiento de las drogodependencias.
- Habilidad para ser un observador crítico de nuestra sociedad y para saber extraer de aquí elementos que contribuyan a una educación integral.

Está claro que el profesor tiene una gran responsabilidad educativa ante la problemática actual del consumo de drogas, sean legales o ilegales, responsabilidad que exige disponer de un perfil acorde con la tarea que le compete. Pero, al mismo tiempo, esta responsabilidad no se puede convertir en compromiso educativo sin la plena

colaboración y apoyo de la familia y de toda la sociedad. Porque el profesor no podrá hacer más de lo que nuestra sociedad le permita.

La educación sobre las drogas en la escuela debe ser congruente con la acción educativa en general para ser eficaz, en el sentido de que los valores enseñados en el ámbito escolar no deben estar en contradicción con los relativos a la acción educativa relacionada con las drogas. Resulta falso pensar que unos períodos solitarios de educación sanitaria serán persuasivos, si éstos están en contradicción con todos los restantes planteamientos educativos, y el “ejemplo” de los propios educadores sigue otros derroteros. Pues, como dice la UNESCO (1980):

“La finalidad de la educación relativa a problemas derivados del consumo de drogas debe prevenir o reducir al mínimo las formas de consumo de drogas que resultan nocivas. En términos positivos, la educación preventiva debe apuntar al desarrollo de una personalidad física y psicológicamente sana”.

■ 6. Referencias bibliográficas

- Ania, J.M. (2007). *Guía para el diseño y la mejora de proyectos pedagógicos de educación y promoción de la salud*. Madrid: MEC/MSC.
- Arostegui, E. (2010). *El papel de las instituciones vascas respecto a los consumos de drogas de la adolescencia*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Azocar, B. (2007). *Las conductas de riesgo. Pensar y actuar en la prevención*. Bobigny: Conseil General de Seine Saint-Denis.
- Del Fresno, M. y Pérez, R. (2012). Adolescentes y drogas: La deconstrucción de la percepción del riesgo en el metarrelato grupal. *Revista de estudios de juventud*, Junio 2012, no 97, p. 53-62.
- Delgado, L. A. (2012). El sistema educativo ante las drogas: apuntes para una reflexión. En Balda Medarde, M. L., Miranda Mínguez, M. A. *Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención*. Logroño, Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones. Logroño, Dirección General de Salud Pública y Consumo, pp. 242-256.
- Eresta, M. J. y Delpino, G.M.A. (2012). *Adolescentes de hoy. Aspiraciones y modelos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- FEMP (2001). *Manual para la elaboración de planes municipales sobre droga*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.

- Gaitán, L. (2010). Sociedad, infancia y adolescencia, ¿de quién es la dificultad? *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 17, 29-42.
- García, L.M. y Sánchez, F.J. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- González, M.P., Sevillano, M.L. y Rey, L. (2007). Promover en los adolescentes la identificación de sus valores como factores que les protegen de las adicciones: un modelo vivencial centrado en el estudiante. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniv. de Didáctica*, 25, 157-178.
- Guitart, A. et al. (2012), Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Rev. Esp. Salud Pública* 2012; 86: 189-198 (nº. 2 Marzo-Abril).
- Meneses, C. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11 (1), 51-63.
- OMS (1987). Conferencia Internacional de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 61, 129-133.
- OMS (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf.
- OMS (2010). Escuelas Promotoras de Salud. Descargado el 30 de mayo de 2012. http://www.paho.org/spanish/hpp/hpm/hec/hs_about.htm.
- Salvador, T. (2008). *Informe: diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Vega, A. (2010). *Cómo educar sobre drogas en las escuelas*. México: Trillas.
- Vega, A. y Aramendi, P. (2012). *Las drogas en los PCPI: reto educativo*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco.
- Vega, A., Aramendi, P. y Garin, S. (2012). Adolescentes y jóvenes: desde las conductas de riesgo a la inclusión social. *Zerbitzuan*, 52, 167-178.

Competencias en prevención de adicciones en el currículo de la Enseñanza Secundaria

Bárbara Gomar, José Cantó, Valentín Gavidia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia.

E-mails: Valentin.Gavidia@uv.es, barbarita.barb@gmail.com, Jose.Cantó@uv.es

RESUMEN: Los jóvenes, en su paso por la enseñanza obligatoria, reciben y aprenden conocimientos de matemáticas, lengua, ciencias, etc. que les permiten integrarse en la sociedad, pero, si se quiere formar ciudadanos responsables, se hace necesario que puedan desarrollar las competencias en Salud necesarias para funcionar en una sociedad en continuo cambio, así como participar en el control de los factores que determinan la calidad de vida individual y colectiva tratando de mejorarla. El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la atención que recibe la Prevención de las Adicciones en el currículo escolar. Se ha elaborado un listado de situaciones problemáticas relativas a las Adicciones y los contenidos competenciales (saber, saber hacer y saber ser) necesarios para desarrollar dichas competencias. A partir de aquí se ha confeccionado un instrumento mediante un estudio Delphi que ha permitido comprobar hasta qué punto el BOE y el DOCV atienden convenientemente a estas competencias en Adicciones que deben adquirir el alumnado en su paso por la Enseñanza Secundaria.

PALABRAS CLAVE: Prevención de Adicciones, Educación para la Salud, Currículo escolar, Educación Secundaria.

Competencies in addiction prevention in Secondary Education curriculum

ABSTRACT: Young people in their passage through compulsory education, receive and acquire knowledge of mathematics, language, science, etc. that allow them to integrate into society, but in order to educate responsible citizens, it becomes necessary to develop competencies in health that encourage a changing society and participate in the control of the factors that determine the quality of individual and collective life, in order to improve it. This paper aims to study the attention that Addiction Prevention receives in the school curriculum. A list of problematic situations on Addictions and content competence (knowledge, expertise and know how to be) required to develop these competencies has developed. In order to analyze the curricula, an instrument through a Delphi study has been made, revealing how far the BOE and DOCV conveniently helps students acquiring competencies in relation to Addictions on their way through High School.

KEY WORDS: Addiction Prevention, Health Education, School Curriculum, Secondary Education.

1. Introducción

La Ley Orgánica de Educación (LOE), de 3 de mayo de 2006, incorpora las competencias básicas al currículo escolar, como uno de los elementos que lo integran y les otorga el papel de referente curricular. Esto significa una primera apuesta por acercar el sistema educativo español a las exigencias internacionales.

Ahora bien, el objetivo final de cualquier sistema educativo obligatorio es la de formar integralmente a sus usuarios. Por eso, a parte de las materias curriculares (matemáticas, lengua, ciencia...) la normativa legal está impregnada de otros contenidos que son también valiosos para poder vivir en sociedad. En el caso particular de la salud nos preguntamos ¿se desarrollan las competencias en salud que permitan a los estudiantes controlar los factores que determinan la salud, individual y colectiva, para intervenir en su entorno próximo afín de hacerlo más humano y amable, en definitiva, para añadir vida a los años y años a la vida? Particularizando para el caso de las drogodependencias ¿qué propuestas curriculares se realizan para que los estudiantes puedan desarrollar competencias en prevención de las adicciones?

Entendemos la competencia como la capacidad de resolver problemas o hacer frente a situaciones con la actitud de desear hacerlo en un determinado contexto. Así, las Competencias tienen unos aspectos de conocer y comprender (saber = conocimientos), unos aspectos de saber cómo actuar (saber hacer=procedimientos), unos aspectos de saber cómo ser (saber ser=actitudes) y unos aspectos de saber cómo estar (saber estar=conductas). Todos estos aspectos están integrados conformando la competencia.

Las competencias en salud significan la capacidad y la determinación de resolver los problemas relacionados con la salud personal y colectiva que tienen los jóvenes. El desarrollo de estas competencias es un papel asignado al sistema educativo y se necesita concretar unos contenidos de aprendizaje, o contenidos competenciales, que permitan la consecución de estas competencias. En definitiva, toda competencia incluye un “saber”, un “saber hacer” y un “querer hacer” en contextos y situaciones concretos en función de propósitos deseados (Gavidia, Aguilar y Carratalá, 2011). De esta forma podemos decir que la competencia es aquello que necesita una persona para dar respuesta a los problemas con los que se enfrentará a lo largo de su vida de un modo eficaz, movilizando componentes conceptuales (saber), procedimentales (hacer) y actitudinales (ser).

En el ámbito de la Prevención de las Adicciones, a las dimensiones que en la actualidad ha alcanzado este fenómeno han contribuido tanto la oferta y disponibilidad de drogas como la demanda existente hacia ellas. Por lo que las actuaciones preventivas deben dirigirse a estos dos campos de actuación:

- Reducción de la oferta de drogas: aquellas medidas legislativas, judiciales y policiales tendentes a disminuir la disponibilidad de sustancias.
- Reducción de la demanda de drogas: que se conocen habitualmente como medidas preventivas dirigidas a los individuos y grupos sociales.

Así, se entiende por prevención (Martín, 1995), como “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”.

La actuación preventiva será toda acción que tienda a evitar o disminuir el consumo de drogas o a paliar los efectos que el consumo produce en los consumidores, sus familias y allegados y en la sociedad en general; todo ello actuando desde y sobre la propia sociedad y sobre los individuos, buscando la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios y la promoción de unas personas y unos grupos sociales más libres, más seguros y más solidarios ante los problemas de las drogas. Por tanto, la prevención se consolida como una herramienta fundamental con la que evitar o retrasar los comportamientos de abuso de drogas.

Los principios de la prevención pueden enumerarse en los siguientes puntos según el *NIDA (National Institute on Drug Abuse)*, 2004 y deben constituir la base de cualquier programa de prevención:

1. Realzar los factores de protección e invertir o reducir los factores de riesgo. En la Tabla 1 se recogen los principales factores de riesgo y protección.
2. Dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales (tabaco, alcohol) por menores; el uso de drogas ilegales (marihuana o heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.
3. Incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de drogas e incrementar la competencia social (Ej., en comunicación, en la relación con los compañeros (iguales), la autoeficacia y la asertividad), junto con el refuerzo de las actitudes contra el uso de drogas.
4. Deben incluir métodos interactivos tales como los grupos de discusión, más que la enseñanza didáctica de técnicas solas.
5. Deben incluir a los padres o cuidadores que refuercen lo que los chicos están aprendiendo –como hechos sobre las drogas y sus efectos peligrosos- y que ge-

nere oportunidades para discutir en la familia sobre el uso de sustancias legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre su uso.

6. Deben ser a largo plazo, durante la etapa escolar con repetidas intervenciones para reforzar las metas de prevención originales.
7. Los esfuerzos de prevención centrados en la familia tienen un mayor impacto en las estrategias que se centran únicamente en los padres o únicamente en los chicos.
8. Los programas que incluyen campañas en los medios de comunicación y cambios en la política, como nuevas regulaciones que restrinjan el acceso al alcohol, tabaco, u otras drogas, son más efectivos cuando se aplican junto a intervenciones en la escuela y la familia.
9. Se necesita reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los marcos de prevención de abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones y también sirve como importantes escenarios para subpoblaciones específicas en riesgo de abuso de drogas, tales como chicos que tengan problemas de conducta o dificultades de aprendizaje y los que son posibles marginados.
11. Los programas de prevención deben ser adaptados para tratar la naturaleza específica del problema de abuso de drogas en la cada comunidad.
12. A mayor nivel de riesgo, el esfuerzo preventivo debe ser más intensivo y debe comenzar antes.
13. Los programas deben ser específicos para la edad de los individuos a los que va dirigido, apropiados al nivel de desarrollo y ser sensibles culturalmente.

A partir de estos puntos, se puede sintetizar los objetivos de la prevención en el ámbito escolar en los siguientes cinco aspectos:

1. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener relaciones y actitudes responsables con las drogas.
2. Retrasar la edad de inicio.
3. Modificar aquellas condiciones del entorno socio-cultural que favorecen el aprendizaje del uso de drogas.
4. Intervenir en las causas del malestar individual, bien modificando aquello que lo produce, bien ayudando al sujeto a superarlo.
5. Ofertar alternativas de vida saludable.

Tabla 1. Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar, manual de prevención (FAD, 2000)

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Vinculados al individuo	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Baja autoestima • Baja asertividad • Elevada búsqueda de sensaciones • Lugar de control externo • Falta de conformidad con las normas sociales • Escasa tolerancia a la frustración • Elevada necesidad de aprobación social • Dificultad para el manejo del estrés • Insatisfacción con el empleo de tiempo libre • Bajo aprovechamiento escolar • Falta de habilidades sociales • Falta de conocimientos acerca de las drogas • Expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de drogas • Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas • Actitudes favorables hacia las drogas • Confusión con el sistema de valores 	<p>Los valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores positivos hacia la salud • Valores prosociales • Valores ético-morales • Actitudes positivas hacia la salud • Competencia individual para la interacción social • Capacidad para tomar decisiones
Vinculados al contexto social	
<p>Factores microsociales</p> <p><u>Relacionados con el ámbito familiar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja cohesión familiar • Clima afectivo inadecuado • Consumo de drogas en el ámbito familiar <p><u>Relacionados con el ámbito escolar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de integración escolar • Consumo drogas en el medio escolar <p><u>Relacionados con el ámbito laboral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización del proceso productivo • Puesto de trabajo y/o tarea • Ambiente laboral <p>Factores macrosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de drogas • Actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias • Sistema colectivo de valores • Falta de recursos o facilidades para el empleo saludable del tiempo libre • Planificación urbanística • Publicidad de drogas legales • Inadecuado discurso social 	<p>Factores microsociales</p> <p><u>Relacionados con el ámbito familiar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar • Clima afectivo positivo • Nivel de comunicación fluido • Actitudes positivas hacia la salud <p><u>Relacionados con el ámbito escolar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El clima del centro • El apego al contexto escolar <p><u>Relacionados con el grupo de iguales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Apego <p><u>Relacionados con el ámbito laboral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La participación • Las oportunidades de la comunidad <p>Factores macrosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud • Limitación de la accesibilidad a las drogas • Generación de actividades de ocio y tiempo libre alternativas a la cultura de consumo

Es importante pues, conocer de qué forma los currículos de Primaria y de Secundaria presentan la Prevención de las Adicciones, qué contenidos ofrecen que permitan desarrollar competencias, y que generen las destrezas necesarias para que el alumnado pueda resolver las situaciones problemáticas que la sociedad actual de consumo presenta en el campo de las adicciones.

■ 2. Metodología

Para identificar las competencias en Prevención de las Adicciones que deben desarrollarse en la Educación Secundaria se ha realizado un estudio basado en la metodología Delphi (Calhoun, McElligott, Weist and Raczynski, 2012) con tres rondas de consulta. La tercera ronda fue sustituida por una reunión presencial de expertos, en la que se valoraron los resultados obtenidos en las dos rondas de consulta y se concretaron dichas competencias.

Para la selección de expertos se ha tenido en cuenta criterios como: la procedencia geográfica, la formación académica y la actividad profesional (profesores e investigadores de universidad, de enseñanza primaria y secundaria o responsables de políticas sanitarias públicas). En la operativización de estos criterios se ha atendido a factores como artículos publicados, proyectos de investigación en los que han participado, años de experiencia tanto profesional como docente según cada caso, puesto de trabajo, etc.

Para este ámbito fueron seleccionados 30 expertos, de los cuales se pudo contar con la opinión de 13, al final de las tres rodadas. Número que consideramos suficiente basándonos en las recomendaciones de Yañez y Cuadra (2008). A estas opiniones externas hay que añadir las 18 internas del grupo de investigación COMSAL.

Para recoger su opinión se hizo una revisión bibliográfica sobre la prevención de conductas adictivas y, además, se consultó la información disponible en las páginas web de los principales organismos internacionales (OMS, oficina contra la Droga y el Delito, Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, Comisión Interamericana para el control y el abuso de Drogas, Grupo Pompidou, National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism, Institute for the Study on Drug Dependence (ISDD)) y nacionales (Plan Nacional sobre Drogas). Así como algunas ONG relevantes (Fundación de ayuda contra la drogadicción (FAD), Fundación Vivir sin Drogas, Idea-Prevención, Proyecto Hombre, Sociedad Española de Toxicomanías (SET), Unión Española de Asociaciones y Entidades de atención al Drogodependiente (UNAD)). Esta información nos permitirá saber cuáles deben ser las habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar la competencia en Prevención y Detección de Conductas Adictivas, de forma que se agruparon confeccionando un cuestionario de opinión.

Este documento de trabajo se envió al grupo de expertos seleccionado para identificar las competencias en Prevención de Adicciones así como los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo. El documento adquirió la forma de cuestionario semiabierto en el que se pedía una valoración de los ítems utilizando una escala de 5 puntos tipo Likert, y además, que la pudieran completar con los problemas y/o contenidos competenciales que estimasen oportunos. El cuestionario tenía una zona de observaciones para que los participantes pudieran sugerir cambios u otros aspectos relevantes para el estudio, así como la eliminación de algunos de ellos, modificación en el orden, o forma de expresarlos.

Una vez consensuadas las competencias en Prevención de las Adicciones, así como los contenidos necesarios para lograr su desarrollo, se confeccionó un instrumento de análisis curricular basado en dicho consenso. Esta herramienta se dividió atendiendo a los contenidos, procedimientos y actitudes que un alumno/a debe adquirir durante la Educación Secundaria. A continuación se procedió a un análisis del currículo propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia, (Reales Decretos 1513/2006 de 7 de diciembre y 1631/2006, de 29 de diciembre) y por el Gobierno Valenciano (Decret 112/2007 de 20 de julio), realizando posteriormente las comparaciones oportunas.

Se buscó en el currículo los objetivos, contenidos y criterios de evaluación que tuvieran relación con cada una de las subcompetencias. En el proceso se distinguió los contenidos específicos o directamente relacionados con las adicciones, a los que se le asignó un asterisco, de aquellos contenidos simplemente relacionados por desarrollar habilidades sociales o por poder ser utilizados por el profesorado en el tratamiento de esta temática en el aula.

■ 3. Resultados

Los problemas relacionados con la Adicciones consensuados por todos los expertos para ser abordados en la Escuela son los siguientes:

- El consumo de tabaco.
- El consumo de bebidas alcohólicas.
- El consumo de cannabis.
- El consumo de drogas ilegales.
- El consumo de medicamentos.
- Otros trastornos adictivos.

En la Tabla 2 se presentan las competencias de Prevención de las Adicciones para hacer frente a los problemas mencionados y los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo que deben estar presentes en el currículo escolar, todo ello fruto del consenso obtenido siguiendo la metodología descrita. Esta propuesta ha servido para llevar a cabo los análisis curriculares posteriores.

Tabla 2. Contenidos competenciales para desarrollar las competencias en el ámbito de Prevención de las Adicciones

Competencia: “Detectar y prevenir conductas adictivas”
<p>Saber: Los efectos que producen las distintas sustancias en el organismo y las conductas de riesgo que originan adicción.</p> <p>Saber hacer: Detectar las conductas de riesgo, resistir asertivamente a la presión de grupo y utilizar adecuadamente los recursos sociosanitarios.</p> <p>Saber ser: Valoración crítica del consumo de drogas. Aceptación de la adicción como enfermedad. Autoestima y toma responsable de decisiones. Disfrute saludable de ocio y tiempo libre.</p>
Situación problemática 1.- Ante el consumo de tabaco
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y fisiología de los órganos y aparatos afectados por este consumo. • Componentes del tabaco y del humo que desprende. • Efectos producidos por el tabaco a nivel biológico, psicológico y social. • Problemática del fumador pasivo. • Legislación básica sobre el consumo del tabaco.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y fisiología de los órganos y aparatos afectados por este consumo. • Componentes del tabaco y del humo que desprende. • Efectos producidos por el tabaco a nivel biológico, psicológico y social.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud crítica frente al tabaquismo. Reconocimiento de la peligrosidad y riesgos de su consumo. • Fomento de la asertividad y autoestima. • Toma de decisiones responsables respecto al consumo de tabaco. • Respeto a la salud de los no fumadores.

Situación problemática 2.- Ante el consumo de bebidas alcohólicas
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y fisiología de los órganos y aparatos afectados por este consumo. • Efectos del alcohol y enfermedades relacionadas con su consumo. • Componentes de las bebidas alcohólicas y posibles adulteraciones. • Conocimiento sobre el uso y el abuso de alcohol y ventajas de no consumirlo. • Legislación básica sobre el consumo de alcohol. • Efectos y consecuencias del consumo de alcohol sobre la conducción de vehículos.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Saber buscar y utilizar información fidedigna sobre el problema del consumo de alcohol y utilizar los recursos sociosanitarios como vía informativa, preventiva y/o asistencial. • Analizar críticamente la publicidad • Desarrollar y utilizar las habilidades necesarias para resistir la presión de grupo. • La UBE y su número máximo recomendado.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de la peligrosidad y de los riesgos de su consumo. • Las relaciones sociales sin alcohol. • Responsabilidad cívica frente a la conducción de vehículos y el consumo de alcohol. • Disfrute de ocio y tiempo libre saludable. • Posición crítica frente a la permisividad cultural del consumo de alcohol. • Sensibilidad ante el alcoholismo como enfermedad.
Situación problemática 3.- Ante el consumo de cannabis
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y fisiología de los órganos y aparatos afectados por el consumo de cannabis. • Efectos y consecuencias del consumo de cannabis. • Formas de presentación del cannabis. • Principios legislativos sobre la tenencia y consumo de cannabis. • Mitos y creencias sobre el consumo y sus usos terapéuticos.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar y utilizar las habilidades necesarias para resistir la presión de grupo. • Saber buscar información fidedigna sobre las repercusiones del uso de cannabis y utilizar los recursos sociosanitarios como vía informativa, preventiva y/o asistencial.

Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none">• Toma de decisiones responsables.• Reconocimiento de la peligrosidad y riesgos de su consumo. “La delgada línea del yo controló”.• Disfrute de ocio y tiempo libre saludable.• Fomento de la Autoestima y Asertividad.
Situación problemática 4.- Ante el consumo de otras drogas ilegales
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none">• Clasificación y características de las drogas según afectan al Sistema Nervioso.• Vías de consumo y enfermedades asociadas.• Conocer las repercusiones personales y sociales del consumo de drogas y el narcotráfico.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollar y utilizar las habilidades necesarias para resistir la presión de grupo.• Saber buscar información fidedigna sobre las repercusiones del uso de drogas ilegales y utilizar los recursos sociosanitarios como vía informativa, preventiva y/o asistencial.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none">• Toma de decisiones responsables.• Reconocimiento de la peligrosidad y riesgos de su consumo. “La delgada línea del yo controló”.• Disfrute de ocio y tiempo libre saludable.• Fomento de la Autoestima y Asertividad.
Situación problemática 5.- Ante el consumo de medicamentos
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none">• Riesgos de la automedicación y posibilidades de tolerancia y dependencia.• Conservación de los medicamentos.• Acciones de los medicamentos en el organismo.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none">• Utilizar los recursos sociosanitarios como vía informativa, preventiva y /o asistencial.• Leer y comprender los prospectos.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none">• Automedicación responsable.• Actitud responsable para seguir los tratamientos prescritos.• Reutilizar y reciclar, en su caso, los medicamentos por los canales establecidos.

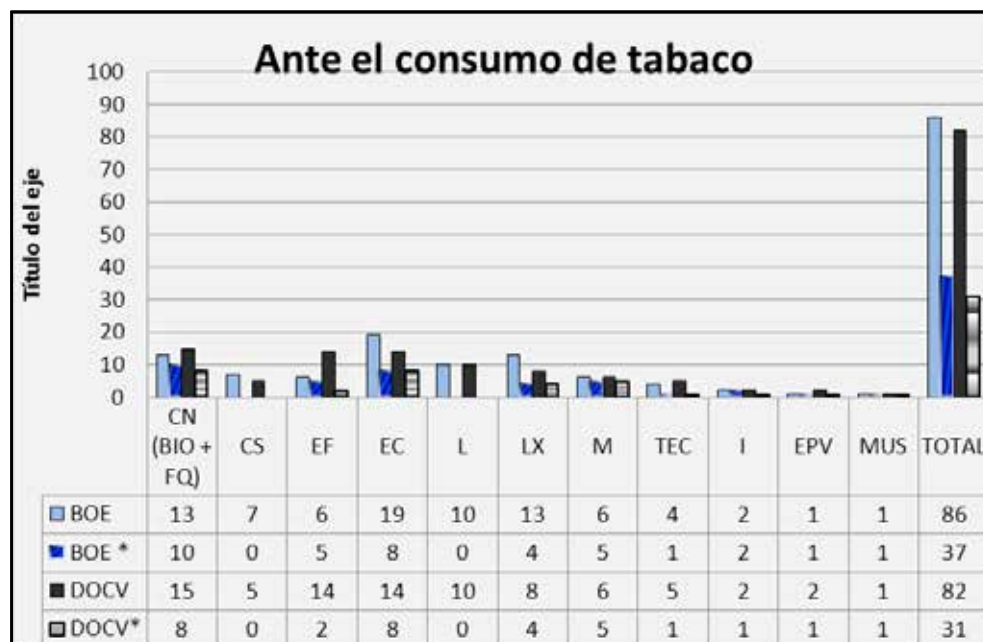
A continuación, se muestran los resultados obtenidos en el análisis del currículum (BOE y DOCV), organizados en 6 gráficos (uno por problema) y un séptimo global que aúna los 6 problemas. En los gráficos quedan reflejados los contenidos simplemente relacionados y los muy relacionados con la competencia de las adicciones mediante un asterisco.

3.1. Situación problemática 1 y 2: El consumo de tabaco y de alcohol

En el gráfico 1 podemos observar que los contenidos relacionados con las competencias a adquirir ante el consumo de tabaco son ligeramente superiores en el BOE (86) respecto al DOCV (82). En cuanto a los contenidos curriculares que tienen una mayor relación con la competencia la diferencia se inclina ligeramente hacia el BOE (37) y en el DOCV (31).

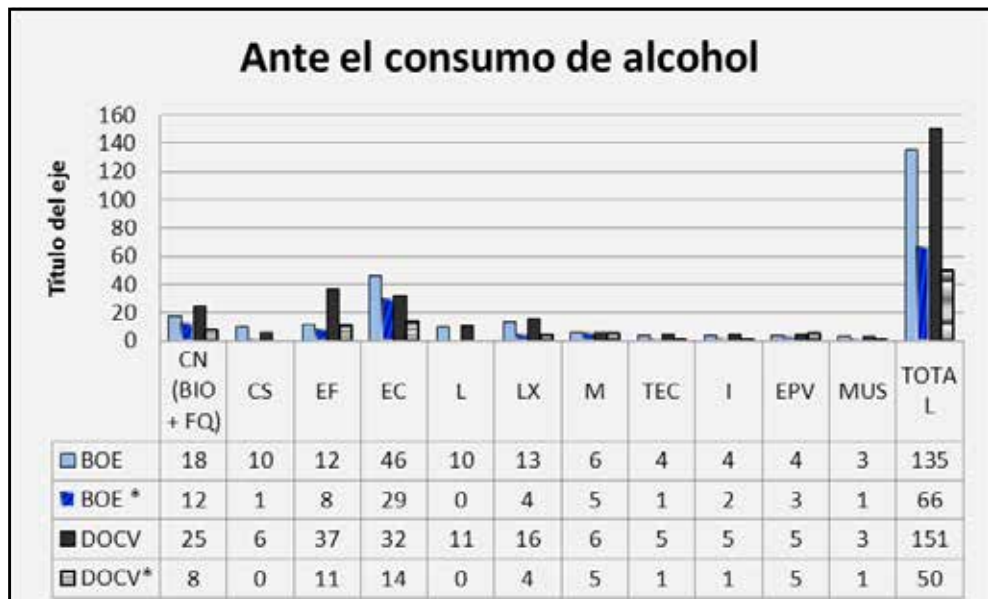
Por otra parte, también podemos observar que las dos materias que aportan mayor contribución de contenidos curriculares muy relacionados con la competencia son Ciencias de la Naturaleza y Educación para la Ciudadanía.

Gráfico 1. Aportación curricular ante el consumo del tabaco



En el gráfico 2 podemos observar que los contenidos relacionados con las competencias ante el consumo de alcohol son ligeramente superiores en el DOCV (151) respecto al BOE (135), pero esta situación se invierte al considerar los contenidos muy relacionados con el alcohol. Las materias que más contribuyen con contenidos curriculares relacionados con la competencia frente al alcohol son Educación para la Ciudadanía, Ciencias de la Naturaleza y Educación Física.

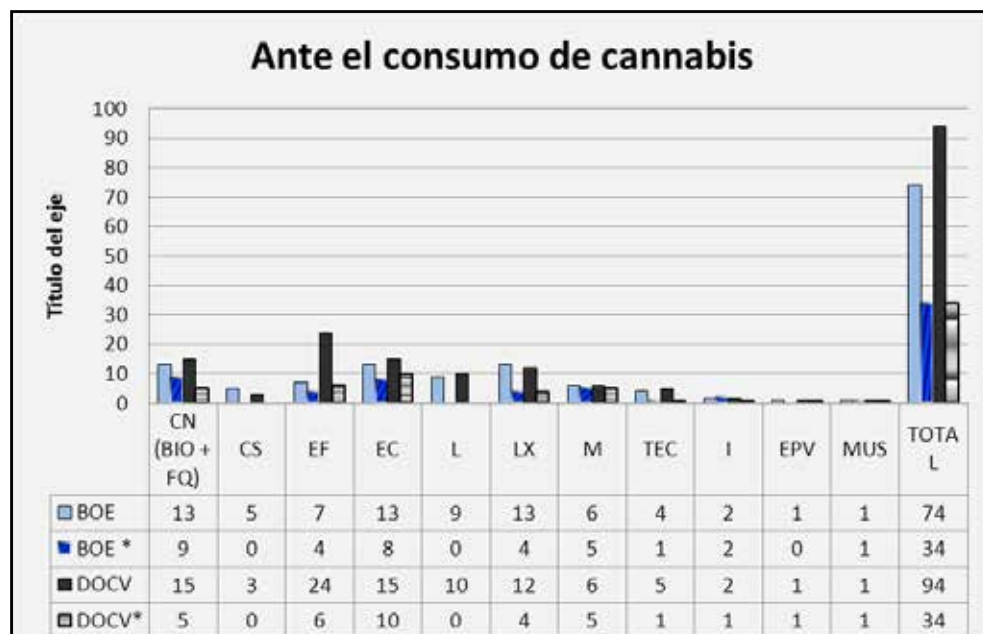
Gráfico 2. Aportación curricular ante el consumo del alcohol



3.2. Situación problemática 3 y 4: Consumo de cannabis y otras drogas

En el gráfico 3 observamos que los contenidos relacionados con las competencias ante el consumo de cannabis son superiores en el DOCV (94) respecto al BOE (74). Sin embargo, atendiendo a los contenidos que tienen una mayor relación con la competencia (representados con *) la contribución de ambos currículos es semejante.

Por otra parte, en este gráfico también observamos que las tres materias que aportan mayor contribución de contenidos curriculares muy relacionados con la competencia son Educación para la Ciudadanía, Ciencias de la Naturaleza y Educación Física.

Gráfico 3. Aportación curricular ante el consumo del Cannabis

Los contenidos relacionados con las competencias a adquirir ante el consumo de otras drogas ilegales son superiores en el DOCV (86) respecto al BOE (71) (Gráfico 4). Esta situación se equilibra al considerar únicamente los contenidos directamente relacionados, con una ligera ventaja hacia el BOE.

Por otra parte, en este gráfico 4 también podemos observar que las tres materias que aportan mayor contribución de contenidos curriculares muy relacionados con esta competencia son Educación para la Ciudadanía, Ciencias de la Naturaleza y Educación Física.

3.3. Situación problemática 5 y 6: Consumo de medicamentos y otros trastornos adictivos

En el gráfico 5 podemos observar que los contenidos relacionados con las competencias a adquirir ante el consumo de medicamentos son superiores en el DOCV (50) respecto al BOE (59). Esta situación se invierte al considerar solo los contenidos curriculares que tienen una mayor relación con la competencia (representados con *), pues la contribución BOE (20) es superior respecto al DOCV (18).

Las materias que aportan mayor contribución de contenidos curriculares muy relacionados con la competencia son Ciencias de la Naturaleza y Lengua.

Gráfico 4. Aportación curricular ante el consumo de otras drogas ilegales

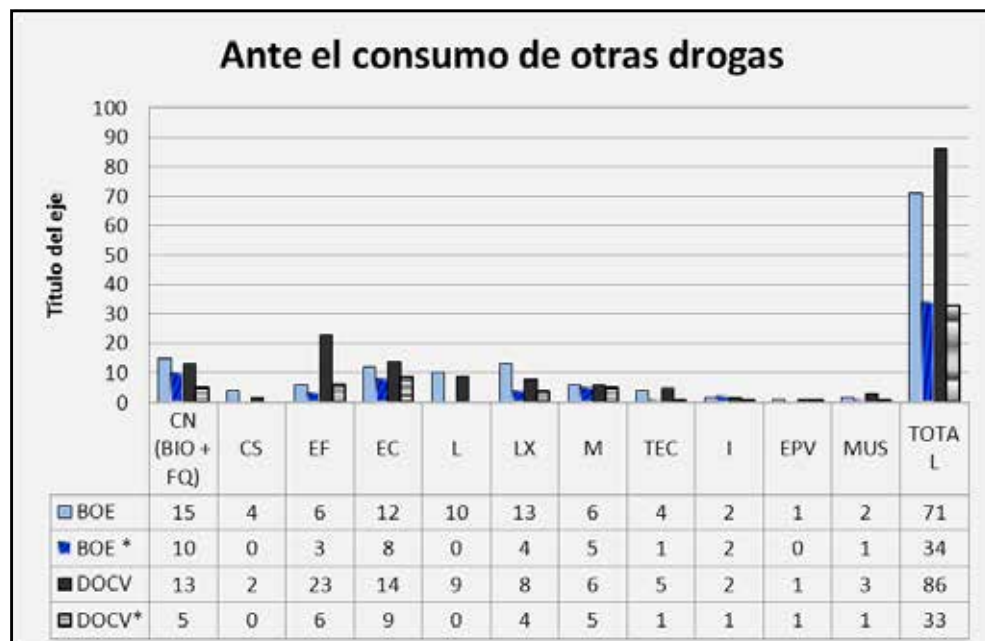
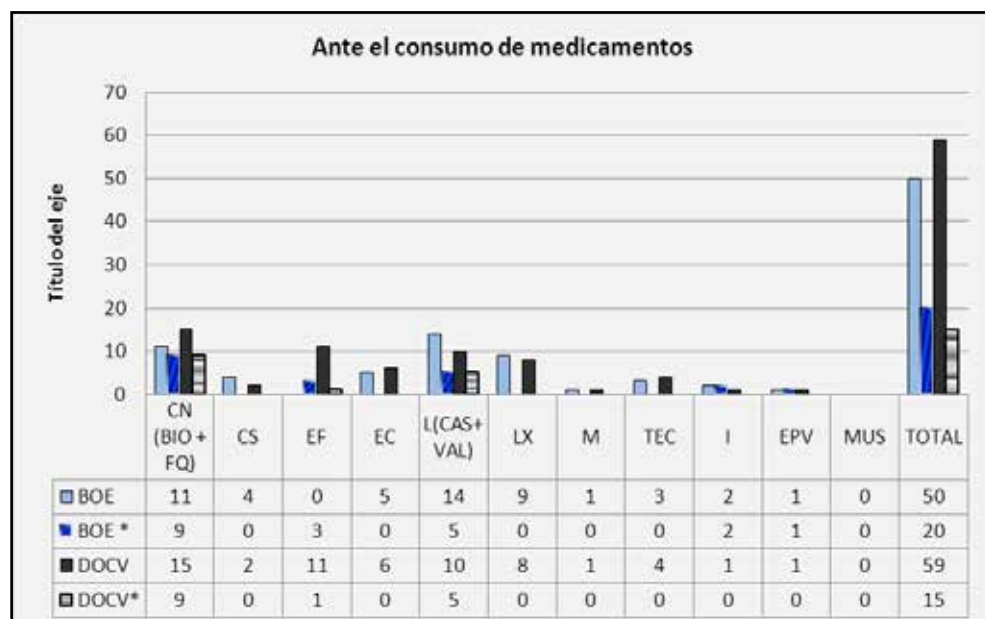


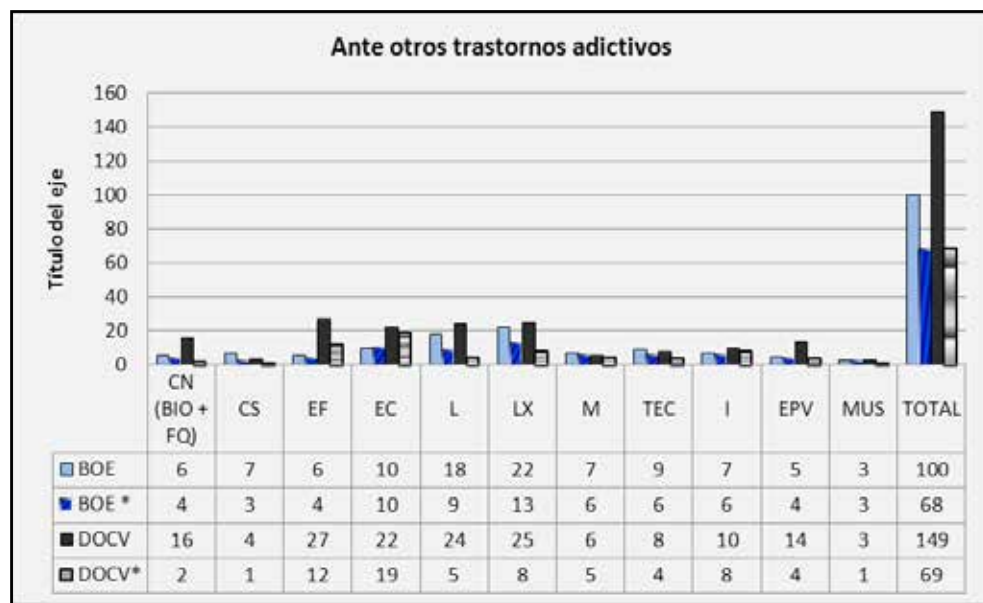
Gráfico 5. Aportación curricular ante el consumo de medicamentos



En el gráfico 6 se representa cómo los contenidos relacionados con las competencias a adquirir ante otros trastornos adictivos son superiores en el DOCV (149) respecto al BOE (100). Pero al considerar únicamente los contenidos curriculares que tienen una relación directa con la competencia (representados con *) las contribuciones se igualan.

Las materias que aportan mayor contribución de contenidos directamente relacionados con esta competencia son Lengua, Lengua extranjera, Educación para la Ciudadanía, Educación física e Informática.

Gráfico 6. Aportación curricular ante otros trastornos adictivos: TIC, juegos

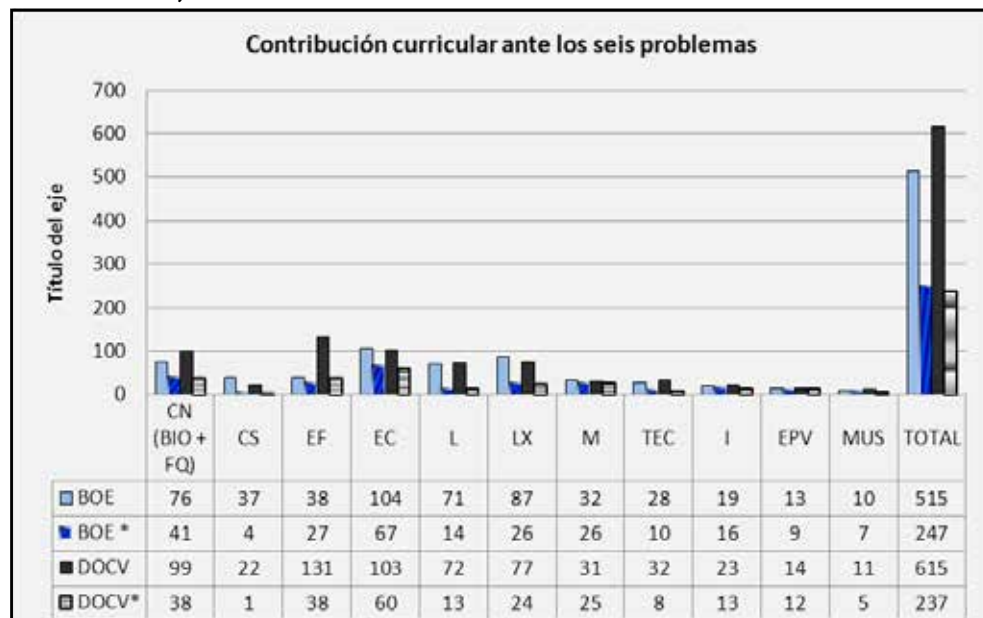


Abordaje general de la Prevención de las Adicciones en el currículo

Al estudiar los seis problemas de forma conjunta, observamos en el gráfico 7 que el DOCV (615) posee una mayor contribución curricular para la adquisición de la competencia “*Detección y prevención de conductas adictivas*” respecto al BOE (515). Sin embargo, en cuanto a los contenidos curriculares específicos o que tienen una mayor relación con la competencia (representados con *) la contribución de contenidos del BOE (247) es algo superior respecto al DOCV (237).

Las asignaturas que aportan mayor número de contenidos curriculares a adquisición de esta competencia de forma conjunta son Ciencias Naturales, Educación para la Ciudadanía y Educación Física.

Gráfico 7. Aportación curricular a los seis problemas del ámbito de adicciones de forma conjunta



3.4. Competencias que no se tratan en los currículos del BOE y DOCV

En la tabla 4 se indican aquellas competencias que o bien no aparecen reflejadas en el currículum o no se habla específicamente de ellas.

Comparando las subcompetencias que no son tratadas ni en el BOE ni en el DOCV observamos que los resultados son similares, aunque en el DOCV se hace menos referencia a las relaciones sociales sin alcohol.

Debemos destacar que algunos ejemplos de subcompetencias no tratadas en el currículum se refieren a la legislación sobre drogas tanto legales como ilegales, utilización de los recursos sanitarios como vía de información y prevención, así como a las adicciones que no median sustancia.

4. Conclusiones

Atendiendo a la normativa de la LOE (2006), el BOE debe aportar el 55-65% de lo que se debe estudiar durante la Enseñanza Secundaria Obligatoria, es lo que se denominan enseñanzas mínimas. Cada comunidad autónoma se encarga de completar el currículum

y ampliarlo. Tras haber realizado el análisis del BOE y el DOCV se pone de manifiesto que el BOE aporta mayor contribución de contenidos en el ámbito de las Adicciones. Estos datos reflejan que en la Comunidad Valenciana no se da el tratamiento que cabría esperar a la competencia de Prevención y Detección de Conductas Adictivas.

Tabla 4. Subcompetencias ausentes en el currículum tanto en el BOE como en el DOCV

COMPETENCIAS AUSENTES
<p>Saber ausente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componentes del tabaco y humo que desprende. <i>Aunque se habla de tabaco no se dice nada de sus componentes ni del humo que desprende.</i> • Componentes de las bebidas alcohólicas. <i>Se habla de alcohol en general pero nada de sus componentes.</i> • Legislación básica sobre el tabaco, alcohol, tenencia y consumo de cannabis. • Formas de presentación del cannabis. <i>Habla de drogas en general no de cómo se presenta.</i> • Repercusiones sociales del consumo de drogas y narcotráfico. <i>Habla en general de los problemas asociados al consumo de drogas pero no se menciona el narcotráfico en ningún caso.</i>
<p>Saber hacer ausente</p> <ul style="list-style-type: none"> • La UBA y se número máximo recomendado. • Mitos y creencias sobre el consumo del cannabis y usos terapéuticos. • Conservación de los medicamentos. • Adicciones sin mediar sustancia: TIC, juegos. • Buscar información y utilizar los recursos sociosanitarios como vía informativa, preventiva y/o asistencial. <p>Nota: <i>Aunque se trata mucho en el currículum la búsqueda de información y el uso de las TIC no se habla en ningún caso de búsqueda específica de información sobre adicciones. Por otra parte, en la materia de Informática se habla de hacer uso de las TIC para acceder a plataformas de salud pero nunca de los recursos sociosanitarios como vía informativa, preventiva y/o asistencial.</i></p>
<p>Saber estar ausente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reutilizar y reciclar, en su caso los medicamentos, por los canales establecidos. • Automedicación responsable y actitud responsable ante los tratamientos establecidos. <p>Nota: <i>El currículo habla de desarrollar hábitos saludables a la promoción de la salud y utilizar estrategias para hacer frente a las drogodependencias. Se ha considerado muy relacionado pero específicamente no habla de medicamentos.</i></p>

Las materias que mayor contribución curricular aportan a la competencia en conductas adictivas son en orden decreciente: Educación para la Ciudadanía, Ciencias Naturales y Educación Física. Sin embargo, cuando valoramos los contenidos específicos en adicciones, las Ciencias Naturales es la que más contenidos específicos desarrolla, seguida de Educación física y por último Educación para la Ciudadanía.

Es importante tener en cuenta que para desarrollar la competencia en conductas adictivas se deben adquirir las tres dimensiones (saber, saber estar, saber hacer). Por tanto en el currículum debe contribuir convenientemente a cada una de ellas. Tanto en el BOE y como en el DOCV, a la dimensión que más se contribuye es al saber estar (actitudes), seguido del saber hacer (procedimientos) y por último el saber (conceptos). Pero si nos fijamos en los contenidos específicos vemos que de los 148 contenidos curriculares de la dimensión del saber estar, tan solo 21 son específicos de adicciones. En el caso de los conceptos, de 31 contenidos 22 son específicos de adicciones. Por último, resulta llamativo la poca cantidad de contenidos específicos dentro del saber hacer, tan solo 4 específicos de 56 contenidos.

No hay una aportación curricular suficiente ni equitativa a cada una de las tres dimensiones para desarrollar las competencias en Prevención de las Adicciones.

Dentro del análisis curricular se han querido destacar aquellos contenidos curriculares que además fuesen específicos de adicciones (llevan *). Entonces observamos que del contenido total de contenidos curriculares que aparecen en el BOE (235), solamente 47 son específicos de adicciones. En el caso del DOCV, del total de contenidos curriculares (212), solamente 33 son específicos de adicciones.

Las únicas materias que aportan contenidos específicos al ámbito de adicciones son Ciencias Naturales, Educación Física y Educación para la Ciudadanía. De estas se observa que son las Ciencias Naturales la que aporta mayor cantidad de contenidos específicos, seguida de Educación Física y de Educación para la Ciudadanía.

Se ha hecho patente el listado de contenidos que no se tratan en el currículum. Podríamos destacar que en ningún momento se hace mención a las nuevas tecnologías y /o juegos (problema 6 del ámbito de adicciones) relacionados con conductas adictivas. Aunque aparecen gran cantidad de contenidos relacionados con este tema, se refieren al uso y valoración positiva de las nuevas tecnologías pero no hace mención a conductas adictivas. También está presente la búsqueda de información haciendo uso de las tecnologías de la información y la comunicación, pero en ningún caso a la búsqueda de información sobre adicciones. Así como tampoco hace referencia al uso de recursos sanitarios como vía preventiva y de información. De todas formas,

el problema menos tratado es el de uso inadecuado de medicamentos, pues apenas son mencionados en el currículo. Tampoco se menciona nada sobre la legislación en relación con el tabaco, el alcohol, y las drogas ilegales.

Por tanto, a partir de toda la información obtenida y analizada podemos afirmar que el currículum de educación secundaria no atiende convenientemente a las competencias en Prevención y Detección de Conductas Adictivas que deben adquirir los jóvenes.

■ 5. Referencias bibliográficas

- Calhoun, J.G., Mcelligott, J.E., Weist, E.M. y Raczynski, J.M. (2012). Core Competencies for Doctoral Education in Public Health. *American Journal of Public Health*, 1: 102, pp 22–29.
- Decreto 112/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunitat Valenciana.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). Guía sobre drogas. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Gavidia, V. (1998). Criterios para analizar las concepciones de salud. Su aplicación en el profesorado. En: Banet, E. y De Pro, A. *Investigación e Innovación en la Enseñanza de las Ciencias*. Lleida: Poblgráfic.
- Gavidia, V., Aguilar, R. y Carratalá, A. (2011) ¿Desaparecen las transversales con la aparición de las competencias? *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 25, 171-180.
- Hipkins, R. (2006). The nature on the Key competencies. A background paper. Wellington, New Zealand: Council for Educational Research.
- Ley Orgánica de Educación (LOE).(2006). BOE nº 106, de 4 de mayo.
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la educación secundaria obligatoria (BOE, 5/01/07).
- Salvador, T. y Suelves, J.M. (2009). *Ganar Salud en la Escuela. Guía para conseguirlo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Yañez, R. y Cuadra, R. (2008) La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*, XIV (1): pp. 9-15.



Ámbito 4

Educación Afectivo-sexual

Caso abierto: la educación sexual en España una asignatura pendiente

María Lameiras, María Victoria Carrera y Yolanda Rodríguez

Universidad de Vigo, Campus de Ourense, Facultad de CC de la Educación, Ourense.

E-mail: lameiras@uvigo.es

RESUMEN: El derecho a la educación es un derecho reconocido en la Constitución Española de 1978. En su artículo 27, en el primer apartado, se expone que todas las personas tienen el “derecho a la educación” y a la “libertad de enseñanza”, y en el apartado segundo se especifica que la educación tendrá por objetivo “el pleno desarrollo de la personalidad en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales”. Entender que el objetivo de la educación es el pleno desarrollo de la personalidad nos deriva inevitablemente a la dimensión sexuada de los seres humanos, lo que justifica la incorporación de la Educación Sexual en el sistema educativo para contribuir a una educación integral que garantice el desarrollo pleno de la personalidad en el marco de los derechos y libertades fundamentales. Sin embargo, como veremos, la incorporación de la Educación Sexual en la escuela se mantiene como un “caso abierto” en nuestro sistema jurídico y en consecuencia continua siendo una “asignatura pendiente” de nuestro sistema educativo, casi cuatro décadas después de ser ratificada la Carta Magna.

PALABRAS CLAVE: Educación Sexual, Identidad Sexual, Conducta Sexual, Adolescentes, Jóvenes.

Opened case: the sexual education in Spain a hanging subject

ABSTRACT: Education is a right recognized in the Spanish Constitution of 1978. The first paragraph of article 27 states that everyone has the “right to education” and “academic freedom” and the second paragraph specifies that education will aim to “the full development of personality ensuring respect for the democratic principles of coexistence and the rights and fundamental freedoms”. Understanding that the aim of education is the full development of the personality is related certainly to the sexual dimension of human beings, which justifies the incorporation of Sexual Education in the educational system to contribute to an integral education that guarantees the full development of the personality in the frame of the rights and fundamental freedoms. Nevertheless, as we will see, the incorporation of Sexual Education in the school is kept as an “open case” in our juridical system and in consequence is a “pending subject” of our educational system, almost four decades after the ratification of the Constitution.

KEY WORDS: Sexual Education, Sexual Identity, Sexual Behavior, Teenagers, Youngsters.

ISBN: 978-84-16786-72-5

■ 1. La Educación Sexual en España: el marco legislativo

1.1. Legislación educativa

En el momento en el que se ratifica la Carta Magna, el 29 de diciembre de 1978, el sistema educativo en España estaba sometido a la Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa de 1970, aprobada durante el último periodo de la dictadura Franquista y promulgada con el objetivo de superar el estilo clasista y centenario de la Ley Moyano “opuesta a la aspiración hoy generalizada de democratizar la enseñanza”, tal como se recoge en su declaración de motivos. Con esta Ley se reforma todo el sistema educativo, desde la enseñanza pre-escolar a la enseñanza Universitaria, incorporando por primera vez la enseñanza obligatoria para las niñas.

La promulgación de la Constitución Española, con el nuevo elenco de derechos en el nuevo escenario democrático, condiciona el desarrollo de un marco jurídico para el sistema educativo en el que estos queden incorporados. En 1985 se aprueba en el Congreso la Ley Orgánica 8/1985 que regula el Derecho a la Educación (LODE), encargada de desarrollar el artículo 27 de la Constitución, favoreciendo respectivamente la libertad de enseñanza, la libertad de cátedra y la autonomía de los centros. En esta ley, en el art.2 del Título Preliminar, se resalta la necesidad de una acción formativa integral que potencie tanto los aspectos intelectuales como los morales de los/as estudiantes para favorecer su desarrollo armónico.

La necesidad de adaptar el sistema educativo a esta nueva regulación (LODE) así como a las directrices de la Comunidad Económica Europea -a la que se incorpora plenamente España el 1 de enero de 1986- desemboca en la Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). Con esta Ley se aumenta la escolaridad obligatoria hasta los 16 años, se reorganizan las etapas educativas y se configura un currículum flexible y abierto, introduciendo las temáticas transversales dentro de las que se incorpora la Educación Sexual. La LOGSE representa un cambio radical respecto de la Ley General de Educación de 1970 y por primera vez se abre un espacio para la Educación Sexual en el sistema educativo en España.

Los cambios de signo político colocan en el escenario legislativo nuevas reformas educativas que van a significar claros retrocesos en la tarea de la Educación Sexual. En primer lugar la *Ley Orgánica de Calidad de la Educación* (LOCE, 2002), en la que no se recoge de forma explícita ninguna alusión a la Educación Sexual. Sin embargo, esta ley no llegó a implementarse y apenas dos años después el cambio de escenario político, tras las elecciones generales del 14 de marzo de 2004, fuerza una reorganización del calendario de aplicación de la ley (Real Decreto 1318/2004 de 28 de mayo). Finalmente

se propone un nuevo proyecto legislativo, que tras un gran debate social, cristaliza en la aprobación de la *Ley Orgánica de Educación (LOE)* el 3 de mayo de 2006. La LOE incorpora, por primera vez el “reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual”, sin duda uno de los aspectos más innovadores de la ley, no contemplado anteriormente y mantiene la Educación Sexual en el marco de la transversalidad incorporado con la LOGSE. Pero será con la última reforma educativa, todavía en fase de implementación, con la que cambia rotundamente el panorama legislativo en relación a la Educación Sexual en España. Esta última reforma educativa es la Ley Orgánica 8/2013 para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), que de nuevo es promovida con un nuevo cambio político derivado de las elecciones generales del 20 de noviembre de 2011. Esta Ley modifica la LOE y además seis artículos y una disposición adicional de la Ley Orgánica reguladora del Derecho a la Educación (LODE). Con esta Ley se “barre” toda referencia a la igualdad y la sexualidad, subrayando la formación racional del alumnado por encima de cualquier alusión a las dimensiones social, afectiva y sexual. Representando un claro retroceso en relación a los valores promulgados por la constitución en relación a la educación y a los principios que posibilitaron la Educación Sexual desde la aplicación de la LOGSE. Además con esta Ley se sustituye la materia de “Educación para la ciudadanía y derechos humanos” con contenidos en Educación Sexual (materia atrapada desde su implantación en arduos debates más ideológicos que pedagógicos) primándose una nueva materia en la que inculcar el “valor” del emprendimiento empresarial.

Así con la LOMCE la Educación Sexual ha quedado nuevamente “enterrada” en el currículum de Educación Infantil, Primaria y solo en el *currículum* de Secundaria se prevé que se aborden algunos contenidos en el bloque de Promoción de la Salud dentro de la materia de Biología, tales como las técnicas de reproducción asistida, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, la respuesta sexual humana y salud e higiene sexual. Contenidos que priman claramente una perspectiva exclusivamente biologicista y vinculando la sexualidad a los “peligros” y “problemas”, en contraposición a lo que se está produciendo en el entorno de la Comunidad Europea en donde cada vez gana más terreno y espacio una Educación Sexual Comprensiva, sistemática y rigurosa, en todos los niveles educativos (Parker, Wellings y Lazarus, 2009).

1.2. Legislación no educativa

Junto a la revisión de la legislación educativa se hace necesario incluir otra legislación, no educativa, pero relevante al tema que nos ocupa. La ley más importante a la que es necesario aludir para abordar el marco legislativo con el que completar la revisión de la situación de la Educación Sexual en España es la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria del

Embarazo. Esta ley se puede enmarcar dentro de las reformas legislativas en torno a los derechos de igualdad de género y de orientación sexual, así como de prevención de la violencia de género, llevadas a cabo en España durante el periodo 2004-2011, dentro de las que se incluyen por orden cronológico diversas normativas relevantes como son: la Ley Organiza 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección contra Violencia de Género; la Ley 13/2005, de 1 de Julio, que Modifica el Código Civil en Materia de Derecho a Contraer Matrimonio; Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de Modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del poder judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la Mutilación Genital Femenina; Ley 15/2005, de 8 De Julio, por la que se Modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de Separación y Divorcio; Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida; la Ley 3/2007, de 15 de marzo, de Rectificación Registral de la Mención Relativa al Sexo de las Personas; Ley 27/2005, de 30 de noviembre, de Fomento de la Educación y la Cultura de la Paz; y, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

La Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria del Embarazo, tiene como objetivo “adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva” y de forma específica se destaca el papel de la Educación Sexual junto a las actuaciones a nivel sanitario al prever “la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo”. Dejando claro la Ley que entiende por *salud* “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por *salud sexual* “el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia”, y por *salud reproductiva* “la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos”.

Las medidas que contempla la Ley para llevar a cabo en el ámbito educativo se incorporan en el Capítulo III y se especifican en los artículos 9 y 10. En el artículo 9 se expone que: “el sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a: a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales. b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual. c) El

desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes. d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH. e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable. f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad” y en el Artículo 10 dedicado a las “actividades formativas” se especifica que: “los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres”.

Queda por tanto clarificada la actuación que ha de desarrollarse en el ámbito específico de la Educación Sexual en el sistema educativo, dejando explicitada la igualdad y el reconocimiento a la diversidad sexual como pilares fundamentales.

La ratificación de leyes desarrolladas desde otros ministerios no educativos a favor de una educación sexual que contribuya a la Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva integral es también una realidad en otros países europeos (Parker, Wellings y Lazarus, 2009) especialmente entre el ministerio de Salud y el de Educación (Bearinger, Sieving, Ferguson y Sharma, 2007) como es el caso español. La cuestión es ahora determinar el alcance de la implementación de la Educación Sexual en España amparada en este marco legislativo en vigor.

■ 2. La Educación Sexual en España: nivel de implementación

Atendiendo a lo expuesto estamos ante una clara “incongruencia” legislativa ya que por un lado con la plena implantación de la LOMCE la Educación Sexual en España dará un claro retroceso en el sistema educativo, pero por otro lado con la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria del Embarazo, se ampara y facilita las actuaciones a llevar a cabo en el ámbito educativo en relación a la Educación Sexual para consumir el objetivo de la “Salud sexual” y la “Salud reproductiva”.

Sin embargo, esta “incongruencia” se mostrará en un futuro inmediato ya que hasta el curso 2015-2016, en que se complete la aplicación de la LOMCE en todo el sistema educativo de enseñanza no universitaria, la transversalidad instaurada por la LOGSE ha amparado la Educación Sexual en nuestro sistema educativo. Entonces, ¿cuál ha sido el nivel de implementación de la Educación Sexual en los últimos 25 años en España? La realidad es que la incorporación de la Educación Sexual a través de

los contenidos transversales tal como estableció la LOGSE no pudo “garantizar” la Educación Sexual en el sistema educativo dejando en la buena voluntad de los centros y la voluntariedad de los/as docentes tan importante tarea educativa. Además la filosofía de la Ley en relación a un *currículum* abierto y flexible, se convirtieron en una “falacia” cuando no en una forma abierta de negar una verdadera Educación Sexual al centrarse en los contenidos y poco o nada o en las actitudes y los procedimientos (Barragan, 1994). Con este panorama podemos aventurar que la Educación Sexual haya estado caracterizada por una escasa y dispar implementación. La realidad es que para “cuantificar” esta implementación nos encontramos con que no disponemos de ninguna evaluación sistemática llevada a cabo desde las instituciones educativas, lo que da buena cuenta del claro desinterés y despreocupación por esta importante temática. El único estudio, del que tengamos constancia, llevado a cabo a nivel nacional nos aporta algunos datos orientativos. Martínez, Carracedo, Fuertes, Vicario-Molina, Fernández-Fuertes y Orgaz (2012) abordan la implementación de la Educación Sexual en España entrevistando a un total de 3760 docentes de educación infantil, primaria y secundaria. En los resultados de este estudio, en el que se administra un cuestionario que se responde online de forma voluntaria y confidencial dirigido al colectivo de docentes de todos los niveles educativos no universitarios, se concluye que aproximadamente la mitad de las y los docentes que responden al cuestionario no han abordado la Educación Sexual durante su ejercicio profesional, siendo mayor el porcentaje de docentes comprometidos con la Educación Sexual en infantil y primaria que en secundaria, en los centros públicos y los centros más pequeños (con menos de 700 estudiantes). Además un 50 % de los y las docentes entrevistados consideran que el tema de la Educación Sexual no es considerado una prioridad en el centro educativo en el que desarrollan su trabajo docente y el 60 % añade que no hay suficientes recursos en sus centros educativos para llevarla a cabo, y los libros de texto siguen manteniendo el modelo androcéntrico, contribuyendo “de forma eficaz a la pervivencia de los arquetipos tradicionales de lo masculino y lo femenino” (Pellejero y Torres, 2011, p. 401), transmitiendo un modelo social que tiene forma y figura de hombre.

Finalmente, un 43,2 % de los y las docentes encuestados reconoce que no tienen ninguna formación en Educación Sexual y solo un 0.5 % reconoce una formación de postgrado en esta temática; siendo las mujeres, los/las más jóvenes y los/las que imparten docencia en las etapas de Infantil y/o Primaria los y las profesionales más formados/as (Martínez, Orgaz, Vicario-Molina, González, Carcedo, Fernández-Fuertes y Fuertes, 2011). Si tenemos en cuenta que posiblemente en esta muestra este sobrerrepresentado el número de docentes “formados”, “motivados”

y “practicantes” de la Educación Sexual, por tanto esta haya estado mucho menos presente de lo que estos resultados muestran, el panorama de la implementación de la Educación Sexual en España en los últimos 25 años ha estado realmente muy limitado.

Pero, ¿cuáles son los obstáculos que estos docentes identifican como responsables de esta situación? Para la mayoría de los y las docentes entrevistados los obstáculos para implementar una Educación Sexual rigurosa y sistemática en la escuela en España son la falta de formación, las dificultades de acceder a la formación así como la carencia de recursos y tiempo (Martínez, Carcedo, fuertes, Vicario-Molina, Fernández-Fuertes y Orgaz, 2012). Lamentablemente si la situación actual no es muy optimista en relación a la formación de los y las docentes la revisión de los contenidos curriculares de la formación de educadores/as de infantil y primaria en Educación Sexual en los programas de grado de las universidades españolas augura un futuro aún más pesimista (Martínez, González, Vicario-Molina, Fernández-Fuertes, Carcedo, Fuertes y Orgaz, 2013), formación tampoco incluida en los programas de los Masters de Secundaria obligatorios para los docentes de secundaria. Además junto a estos obstáculos las y los docentes resaltan la inconcreción de la legislación en relación a la Educación Sexual como una de las limitaciones más importantes para materializar su implementación. Sin duda la plena aplicación de la LOMCE no va más que agravar esta situación si no lo remedia la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria del Embarazo, que puede representar una excelente oportunidad para que las comunidades autónomas incorporen iniciativas que garanticen una rigurosa y sistemática Educación Sexual, lo que hasta este momento no se ha producido, y si tenemos en cuenta los intentos –por ahora fallidos- por modificar dicha Ley desde el gobierno actual, no parece que por lo menos en el más corto plazo las cosas puedan cambiar de forma sustancial.

Sin embargo, una ventana esperanzadora se puede abrir desde las nuevas legislaciones autonómicas que amparan los derechos del colectivo LGTBI como son la Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia y la Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia en Cataluña. En ambas leyes se reconoce la “necesaria formación y sensibilización” de los profesionales, incluidos los y las docentes, y de la necesidad de integrar de forma transversal la diversidad afectivo-sexual en los centros escolares, siendo la Educación Sexual en el respecto a todas las identidades y orientaciones sexuales el camino más directo para consumir dicho objetivo.

Está todavía por ver el recorrido que estas normativas tendrán en la implementación de la Educación Sexual en el sistema educativo y si los cambios políticos que se puedan producir a corto plazo podrán reconducir las pesimistas previsiones.

■ 3. La Educación Sexual: modelos educativos

A la luz de lo expuesto la Educación Sexual implementada en el sistema educativo en España ha sido claramente insuficiente pero, ¿desde qué modelo educativo se ha abordado esta Educación Sexual? Podemos identificar hasta el momento al menos cuatro modelos de Educación Sexual que se han sucedido o incluso coexistido en alguna medida, y que implican diferentes formas de reaccionar ante la sexualidad. Estos modelos son el *Modelo Moral o Tradicional*, el *Modelo de Riesgos o Modelo Médico*, el *Modelo de Educación Sexual para la Revolución Sexual y Social*, y finalmente el *Modelo Comprensivo o Biográfico y Profesional* (Lameiras y Carrera, 2009). Sin embargo en la Educación Sexual en España se han sucedido, y en algún momento convivido, solo tres de estos modelos educativos, ya que el modelo de Educación Sexual para la Revolución Sexual y Social, inspirado en el movimiento Sex-Pol de la revolución sexual del 68 no llegó a implementarse. Por tanto puede resumirse a la secuencia propuesta por Barragán (1994) en la que se alude a tres modelos de programas de educación sexual: Modelo tradicional (Modelo Moral), Modelo preventivo (Modelo de riesgos o modelo Médico) y Modelo Integrador (Modelo Biográfico y Profesional). Estos modelos se corresponden con los modelos implementados en otros países de nuestro entorno socioeconómico como son los “Programas de Educación Sexual focalizados en la Abstinencia” con los que demorar la actividad sexual hasta el momento del matrimonio (que se correspondería con el Modelo Moral/Tradicional), y los “Programas de Educación Sexual Comprensivos” (que se correspondería con el Modelo Biográfico-Profesional) (IPPF, 2010).

El Modelo Moral/Tradicional o modelo centrado en la “abstinencia” nace con el objetivo de fomentar la abstinencia ya que entiende que otro tipo de Educación Sexual compromete la inocencia de las y los menores que necesariamente desembocaría en una actividad sexual inmadura y promiscua por su parte. Como única forma legítima de evitar la “corrupción” de las y los menores y con ello los riesgos derivados, es circunscribir la actividad sexual a la pareja sellada por el vínculo del matrimonio. Por tanto, defiende la heterosexualidad para procrear en el marco del matrimonio y condena explícitamente cualquier comportamiento sexual que exceda este restrictivo espacio. En las últimas décadas, este modelo ha ido perdiendo protagonismo en nuestro país más allá de los centros religiosos en los que ha estado y sigue en alguna medida presente, pero sin embargo ha ido ganando auge en otros países como EEUU

que a partir de los 90 ha experimentado un resurgimiento de estos modelos, que han contado con una cuantiosa financiación desde el Estado federal, dando lugar a controvertidos debates siendo fuertemente cuestionados por las evidencias de ineficacia (Kohler, Manhart y Lafferty, 2008).

Junto a este modelo Moral/Tradicional el Modelo de Riesgos también llamado Preventivo o Médico, surge como una necesidad social para evitar los riesgos derivados de la actividad sexual. Se basa en un *Modelo Clínico-Médico o Higienista*, en el que la intervención se realiza para evitar los problemas de salud derivados de la actividad sexual (ITS y END), así como las consecuencias que éstos provocan (costes económicos y personales). Este modelo ha estado conectado claramente con el modelo Moral o Tradicional que promulga la abstinencia como objetivo, pero también ha derivado en una versión más “técnica” en la que se abordan los riesgos, pero sin valorar moralmente las conductas sexuales, aunque sí permitiendo una asociación explícita entre la sexualidad y la idea de peligro. Para ello se centran en *informaciones científicas* sobre las prácticas sexuales de riesgo, las consecuencias derivadas de las mismas, y las formas de prevención posibles (los métodos anticonceptivos se encuentran entre sus principales contenidos). Sin embargo, este modelo supone un escaso avance sobre el Modelo Moral, y parapetándose tras su aparente científicismo y una actitud más permisiva que fomenta los discursos sobre el sexo, liberándolo superficialmente del secreto y el silencio, no es más que el deudor del anterior Modelo Moral, convirtiendo el antiguo concepto de pecado en la moderna idea de peligro y enfermedad.

Por otro lado el Modelo Comprensivo o Biográfico/Profesional nace en Suecia en la década de los 50, y poco a poco se va extendiendo al resto de los países europeos y fuera de Europa. Este modelo enfatiza las influencias socioculturales sobre las biológicas y parte de una postura relativista y plural, basada en el derecho a la diversidad de biografías sexuales, así como en los principios de igualdad de género. Se basa en un concepto positivo de salud en general y salud sexual en particular, entendiendo ambas como elementos indispensables para la promoción del bienestar personal y la calidad de vida de todas las personas, así como en la promoción de actitudes erotofílicas hacia la sexualidad humana. El marco de referencia compartido es el configurado por los Derechos Humanos, los Derechos Sexuales, los Derechos de la Mujer, de los Niños y Niñas, así como las diferentes formulaciones internacionales. Su objetivo principal es ayudar a conseguir el bienestar personal y la calidad de vida desde la identidad y la biografía sexual que cada persona elige tener, favoreciendo la aceptación de la propia identidad sexual y el aprendizaje de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad.

Sin embargo aunque la Educación Sexual en España, sin dejar atrás el Modelo de Riesgos, parece estar cada vez más presente programas que siguen modelos Comprensivos Biográficos no disponemos de estudios que cuantifiquen la implementación que corresponde a cada uno de estos modelos. De hecho el estudio de Martínez y colaboradores (2012), al que ya hemos hecho alusión, no menciona los modelos educativos desde los que los y las docentes reconocen haber desarrollado los programas de Educación Sexual, tampoco se hace alusión al tiempo empleado (para determinar si esta intervención ha sido más amplia y sistemática que una intervención puntual para hablar de métodos anticonceptivos o Infecciones de Transmisión Sexual, como sucede en muchos casos) y si en dichas intervenciones han colaborado instituciones y/o profesionales externos a los centros educativos, como personal del Sistema Nacional de Salud, ONGs o Instituciones locales como Ayuntamientos o Centros de Información para las Mujeres.

Cada vez las y los jóvenes están afrontando más riesgos en sus relaciones sexuales (Lim, Bowring, Gold, Aitken y Hellard, 2012) pero la utilidad de la Educación Sexual se encuentra ampliamente documentada (Kirby, Laris y Rolleri, 2007) por lo que “la censura en torno al acceso de los menores al conocimiento sexual, en nombre de la protección, está contribuyendo irónicamente a las vulnerabilidades de estos en muchos niveles” y “la inocencia de los menores, otro concepto construido socialmente, es con frecuencia utilizado para alimentar el pánico moral cuando los límites de la heteronormatividad son transgredidos” (Robinson 2012 p. 271). Las evidencias científicas dejan claro que son los programas Comprensivos de Educación Sexual los más útiles frente a los programas abordados desde un modelo Moral/Tradicional o de solo “abstinencia” (Kohler, Manhart y Lafferty, 2008), programas que son considerados incluso por algunos/as autores como una discriminación contra los menores y sus derechos (Gresle-Favier, 2013).

Sin embargo la Educación Sexual todavía tiene por delante varios retos que acometer. En primer lugar incluir de forma efectiva el placer de los jóvenes, ya que este ha quedado “fagocitado” por la preponderancia dada a los riesgos vinculados a la sexualidad y ha provocado que muchas de las intervenciones en Educación Sexual se hayan desarrollado de “espaldas” a los aspectos “positivos” de la sexualidad (Hirst, 2013), especialmente en relación al placer de las chicas que ha estado más invisibilizado y cuestionado al ser priorizados temas en la Educación Sexual de las y los adolescentes como la menstruación –evocando embarazos no deseados y problemas para ellas- y la erección y la eyaculación –evocando placer y disfrute de la sexualidad para ellos-. De forma complementaria se plantea la necesidad de incorporar, no solamente la perspectiva individualista en la Educación Sexual que prima el desarrollo de competencias y habilidades personales, sino el papel que la ética interpersonal debe tener en el *currículum* de los programas de Educación Sexual. Entendiendo que no solo debemos educar empoderando a nuestros jóvenes con competencias para poder

actuar para su bienestar y en su beneficio personal sino también en el respeto a los derechos de los demás y en los valores de la corresponsabilidad (Lamb, 2010), por tanto desde una perspectiva de género (Lameiras y Carrera, 2009; Lameiras, Carrera & Rodriguez, 2013). Lo que es especialmente importante si tenemos en cuenta que se mantienen las diferencias de género y las carencia de información entre los jóvenes en Europa (Avery y Lazdane, 2008), la pervivencia del doble estándar sexual (Kreager y Staff, 2009) y el todavía desigual balance de responsabilidades en la prevención de ITS y Embarazos no Deseados entre chicas y chicos (Rembeck y Gunnarsson, 2011). Una Educación Sexual que ha de prestar mucha más atención a la diversidad de las identidades sexuales con todas las identidades transgénero, así como el desafío que supone la interseccionalidad de la identidad, reconociendo que esta se construye en una encrucijada formada por el género, la raza, la clase social y las (dis)capacidades en las que todas y todos estamos atrapados/as (Platero, 2012).

Finalmente una Educación Sexual que no puede continuar de “espaldas” a las nuevas tecnologías (Guse et al., 2012) y que debe aprovechar el positivo papel que los iguales tienen en el desarrollo de los programas de Educación Sexual (Medley, Kennedy, O’Reilly y Sweat, 2014) insuficientemente utilizado. Sin duda el entorno en el que hoy viven nuestros jóvenes ha cambiado drásticamente y las nuevas tecnologías han incorporado a través de internet y las redes sociales un potente transmisor de incontables y en muchos casos contradictorios mensajes en relación a la sexualidad y las relaciones sexuales pero al mismo tiempo representan una extraordinaria oportunidad para desarrollar de forma eficaz nuestros esfuerzos formativos en Educación Sexual.

■ 4. Conclusiones

El panorama de la Educación Sexual en España está representado por una inconcreción legislativa, por un colectivo docente falto de formación, por unos centros educativos desinteresados y escasos de recursos y por un modelo de educación sexual que se ha estado en gran medida capitalizado por un modelo de prevención de riesgos que reduce la sexualidad al coito y a los riesgos vinculados a esta práctica (Embarazos no Deseados e Infecciones de Transmisión Sexual). Por tanto la Educación Sexual esta todavía “pendiente” de ser abordada en España de forma rigurosa, sistemática y desde una perspectiva de género que llegue a todas y todos los menores en todos los niveles educativos, y que se aborde desde un modelo biográfico y profesional comprensivo a través del que ayudar a todos los individuos a situarse en el mundo como sujetos únicos e irrepitibles desde el respecto a todas las identidades y orientaciones sexuales. Una educación sexual que permita a las personas vivenciarse, expresarse y manifestarse como sujetos sexuales con biografías propias también únicas e irrepitibles, ofrecer conocimientos sobre los diferentes aspectos de la sexualidad, entrenar habilidades interpersonales, fomentar

actitudes erotofílicas y tolerantes, proponer una ética básica de las relaciones interpersonales y amorosas que favorezcan un equilibrado balance en el respecto a los demás y en la corresponsabilidad, y enseñar criterios de salud sobre las diferentes manifestaciones sexuales. Este es el enorme desafío que tenemos todavía por delante.

■ 5. Referencias Bibliográficas

- Avery, L. y Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13 (1), 58–70.
- Barragan, F. (1994). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- Bearinger, L.H., Sieving, R.E., Ferguson, J. y Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 369, 1220-1231.
- Guse, K., Levine, D., Martins, M., Lira, A., Gaardeb, J., Westmorlandc, W. y Gilliam, M. (2012). Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health*, 51, 535–543.
- Greslé-Favier, C. (2013). Adult discrimination against children: the case of abstinence-only education in twenty-first-century USA. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 13 (6), 715-725.
- Hirst, J. (2013). "It's got to be about enjoying yourself": young people, sexual pleasure, and sex and relationships education. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 13 (4), 423-436.
- IPPF. 2010. IPPF framework for comprehensive sexuality education. London: IPPF Adolescents Team.
- Kirby, D.B., Laris, B.A. y Roller, L.A. (2007). Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206–217.
- Kreager, D.A. & Staff, J. (2009). The Sexual Double Standard and Adolescent Peer Acceptance. *Social Psychology Quarterly*, 72(2), 143–164.
- Kohler, P.K., Manhart, L.E. y Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42, 344–351.

- Lamb, S. (2010). Toward a Sexual Ethics Curriculum: Bringing Philosophy and Society to Bear on Individual Development. *Harvard Educational Review*, 80 (1), 81-105.
- Lameiras, M. y Carrera, MV (2009). *Educación sexual: De la teoría a la práctica*. Madrid: Pirámide.
- Lameiras, M., Carrera, M.V. y Rodríguez, Y. (2013). *Sexualidad y Salud: El estudio de la sexualidad humana desde una perspectiva de género*. Servicio de Publicaciones. Universidad de Vigo.
- Lim, M.S.C., Bowring, A.L., Gold, J., Aitken, C.K. y Hellard, M.E. (2012). Trends in Sexual Behavior, Testing, and Knowledge in Young People; 2006 y 2011. *Sexually Transmitted Diseases*, 39 (11), 831-834.
- Medley, A. Kennedy, C., O'Reilly, K. y Sweat, M. (2014). Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Educ Prev.*, 21 (3), 181-206.
- Martínez, J.L., Orgaz, B., Vicario-Molina, I. González, E., Carcedo, R.J., Fernández-Fuertes, A. y Fuertes, A. (2011). Educación sexual y formación del profesorado en España: diferencias por sexo, edad, etapa educativa y comunidad autónoma. *Magister. Revista de Formación del Profesorado e Investigación Educativa*, 24, 33-43.
- Martínez, J.L., Carcedo, R.J., Fuertes, A., Vicario-Molina, I., Fernández-Fuertes, A. y Orgaz, B. (2012). Sex education in Spain: Teachers' views of obstacles. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 12 (4), 425-436.
- Martínez, J.L., González, E. , Vicario-Molina, I., Fernández-Fuertes, A., Carcedo, R.I.J., Fuertes, A. y Orgaz, B. (2013). Formación del profesorado en educación sexual: Pasado, presente y futuro. *Magister. Revista de Formación del Profesorado e Investigación Educativa*, 25 (1), 35-42.
- Parker, R., Wellings, K. y Lazarus, J. (2009). Sexuality education in Europe: an overview of current polities. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 9 (3), 227-242.
- Platero, R.L. (ed.) (2012). *Intersecciones. Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Bellaterra.
- Pellejero, L. y Torres, B. (2011). La educación de la sexualidad: el sexo y el género en los libros de texto de Educación Primaria. *Revista de Educación*, 354, 399-427.

Rembeck, G.I. y Gunnarsson, M.K. (2011). Role of gender in sexual behaviours and response to education in sexually transmitted infections in 17-year-old adolescents. *Midwifery*, 27, 282–287.

Robinson, K.H. (2012). Difficult citizenship: The precarious relationships between childhood, sexuality and access to Knowledge. *Sexualities*, 15 (3/4), 257–276.

El sexting: un nuevo reto para la educación sexual en la escuela

M^a Dolores Gil-Llario^a y Rafael Ballester-Arnal^b

^a Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación, Universitat de València.

^b Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I. Castellón.

E-mail: dolores.gil@uv.es

RESUMEN: El envío y/o la distribución de imágenes sexualmente sugerentes de niños/as y adolescentes desnudos/as o semidesnudos/as producidas inicialmente por ellos/as mismos/as es lo que se conoce como *sexting*. En muchas ocasiones estas prácticas responden a la inmadurez lo cual les lleva a no considerar el alcance de las consecuencias que estas actividades pueden tener para sí mismos o para otros, pero otras veces el *sexting* forma parte de otras conductas cuya finalidad es dañar la imagen de otras personas de forma consciente, lo cual recibe el nombre de *bullying* o *ciberbullying*. Estas distintas facetas del fenómeno ofrecen diferentes cifras, por lo que a la prevalencia se refiere siendo en cualquier caso muy elevada sobre todo si tenemos en cuenta las consecuencias emocionales y/o psicológicas que esta práctica puede tener para las víctimas. Se han propuesto diferentes modelos teóricos para su comprensión pero se trata de un problema que engloba conductas variadas de personas con perfiles distintos por lo que es difícil, en la fase de la investigación en la que nos encontramos (el problema apenas se inició hace 7 u 8 años), establecer un modelo suficientemente explicativo del fenómeno, lo cual también supone que aunque se están llevando a cabo importantes intentos todavía no contemos con una normativa suficientemente clara desde el punto de vista legal o penal. Más allá de estos esfuerzos, que obviamente son necesarios, el verdadero reto que tienen los educadores consiste en hacer conscientes a los niños y adolescentes de que no se trata de una práctica inocua y “normal” entre ellos sino de un comportamiento especialmente grave con consecuencias imprevisibles que puede generar tal angustia como para llevar al suicidio. Toda la comunidad educativa debe asumir como una prioridad el prevenir, alertar y atajar cualquier indicio de *sexting* tan pronto como sea posible para minimizar el daño potencial. Para ello es necesario hacer conscientes a los adolescentes de la importancia de preservar su intimidad desarrollando la responsabilidad en el uso de las tecnologías.

PALABRAS CLAVE: Sexting, Educación sexual, Intimidad, Responsabilidad.

The sexting: a new challenge for the sexual education in the school

ABSTRACT: Sending and receiving sexually suggestive images of boys/girls or teenagers naked or seminude, originally produced by them, is known as *sexting*. In many cases these practices respond to the immaturity which leads them not to consider the scope of the consequences that these activities can have for themselves or for others, but sometimes sexting is part of other behavior aimed at damaging the image of others consciously, which is called *bullying* or *cyberbullying*. These diverse aspects of the phenomenon provide different figures regarding the prevalence, being in any case very high especially if we consider the emotional and/or psychological consequences that this practice may have for the victims.

Different theoretical models have been proposed in order to try to understand the phenomenon, but as it is a problem that encompasses various behaviors of people with different profiles, it is difficult to establish a sufficiently explanatory model in the research phase in which we are (the problem just started for 7 or 8 years). This also means that although significant efforts are being made, there are not sufficiently clear rules from the legal or criminal point of view. Beyond these efforts, which are obviously necessary, the real challenge for educators is to raise awareness among children and adolescents that some practices or behaviours can produce particularly serious and unpredictable consequences that can generate such anxiety as to lead to suicide. The whole educational community must take as a priority to prevent, alert and control all indications of sexting as soon as possible to minimize potential damage. This requires making teenagers conscious of the importance of preserving their privacy, developing liability in the use of technology.

KEY WORDS: Sexting, Sex education, Privacy, Responsibility.

■ 1. El fenómeno del *sexting*

El avance de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha supuesto en los últimos años una verdadera revolución en nuestro estilo de vida y aunque la influencia ha afectado a individuos de todas las edades, sin duda, los más jóvenes son quienes han recibido un mayor impacto en su desarrollo. Los adolescentes y los jóvenes son quienes las han integrado con mayor intensidad en su vida utilizando una gran variedad de servicios que van desde el correo electrónico, teléfono móvil o mensajería instantánea, hasta redes sociales como Facebook o herramientas para realizar videoconferencias como Skype para iniciar, gestionar e incluso para poner fin a sus relaciones tanto amistosas como sentimentales (Huntley, 2006).

La edad de inicio en el uso de estos dispositivos con sus numerosas aplicaciones ha descendido notablemente en los últimos años. Así, por ejemplo, en 2010 Inteco y Orange publicaron un informe acerca de la utilización del móvil en niños y adolescentes españoles de entre 10 y 16 años en el que se constata el grado de generalización de su uso. Los resultados ofrecidos indican que un 68,4% de los adolescentes españoles de entre 10 y 15 años disponían de teléfono móvil en 2009, con un crecimiento constante desde el año 2004. Por otra parte, el móvil ha incrementado notablemente el número de funciones que realiza habiéndose relegado su uso inicial, el de realizar y recibir llamadas telefónicas, a una de las menos utilizadas por los niños y adolescentes. La incorporación de cámaras fotográficas y, sobre todo, la conexión a Internet ha generado nuevas y más apetecibles funciones. En esta línea cabe destacar cómo en ese mismo estudio se señala que hasta un 88,6% de los adolescentes de entre 10 y 15 años admitía hacer a sí mismo y a los demás fotografías con su teléfono y de ellos un 48,2% afirmaba enviarlas a sus contactos. El peligro que entraña Internet radica en la facilidad con que se pueden difundir las imágenes obtenidas con o sin permiso de la persona fotografiada atentando gravemente contra la intimidad. En el estudio publicado por Inteco y Orange en 2010 un 17% de los adolescentes afirmó conocer casos cercanos de amigos suyos cuyas imágenes habían sido difundidas sin su consentimiento.

Estos datos referidos a adolescentes españoles no difieren mucho de los obtenidos en otros contextos. Así, en una encuesta realizada en 2009 con 655 adolescentes estadounidenses se observó que el 19% habían enviado, recibido o reenviado fotos con desnudos o semidesnudos sexualmente sugerentes por medio de mensajes de móvil o mediante correo electrónico. El 60% de ellos los habían enviado a su novio/a, pero el 11% afirmó haberlos enviado a personas que ni siquiera conocían.

Y en el caso de los niños, en Europa, el estudio *EU Kids Online* sobre los usos y la seguridad en Internet por los niños, ha mostrado que más del 40% de los menores

de edad encuestados afirma conectarse a la red a través del móvil. En España, ese número no supera el 10% (Garmendia, Garitaonandia, Martínez, & Casado, 2011) pero ha seguido creciendo en los últimos años. El 8,1% de los menores españoles ha recibido fotos o vídeos provocativos o inadecuados de sus iguales y el 4% confiesa haber enviado este tipo de imágenes de ellos mismos (Inteco, 2010).

Estas prácticas se conocen con el nombre de *sexting*. Se trata de un fenómeno complejo para el cual todavía no contamos con una definición consensuada y unánime dada la pluralidad de comportamientos que engloba. McLaughlin (2010), en un intento por clarificar el concepto la define como un fenómeno que engloba todas aquellas conductas o prácticas entre adolescentes consistentes en la producción, por cualquier medio, de imágenes digitales en las que aparezcan menores de forma desnuda o semidesnuda, y en su transmisión a otros menores, ya sea a través de telefonía móvil o correo electrónico, o mediante su puesta a disposición de terceros a través de Internet (por ejemplo, subiendo fotografías o vídeos en páginas como Facebook o Myspace). Pero hay autores que consideran que en el *sexting* se pueden distinguir dos subgrupos si tenemos en cuenta la intencionalidad de los adolescentes.

Así Wolak y su equipo (Wolak, Finkelhor, & Mitchell, 2012) analizando unos 500 casos de *sexting* que habían sido objeto de acciones judiciales proponen distinguir entre “agravados” y “experimentales”. Los agravados incluyen aquellos casos en los que se constata un intento explícito de hacer daño o son el resultado de una imprudencia sustancial. Los experimentales, por su parte, que constituían la mayoría de los 500 casos analizados abarcaban un amplio rango de circunstancias consistentes en comportamientos evolutivamente esperables, aunque en ocasiones irresponsables.

La enorme facilidad con que se puede difundir material tan íntimo y la escasa comprensión del alcance, consecuencia de la impulsividad propia en esas edades, así como el carácter irreversible del daño infligido es lo que está alertando tanto a las autoridades como a padres y educadores. Desde el ámbito penal se precisan nuevas leyes para los nuevos delitos y desde la educación se hace imprescindible un abordaje multidisciplinar que les aporte, lo más tempranamente posible las estrategias de autoprotección (y concienciación) que necesitan. De entre las consecuencias imprevistas que el *sexting* puede generar destaca el exponer a los adolescentes al *grooming* y al *cyberbullying*. El *grooming* es un nuevo tipo de problema relativo a la seguridad de los menores en Internet, consistente en acciones deliberadas por parte de un adulto de cara a establecer lazos de amistad con un niño o niña en Internet, con el objetivo de obtener una satisfacción sexual mediante imágenes eróticas o pornográficas del menor o incluso como preparación para un encuentro sexual. En ocasiones los adolescentes envían fotos su-

yas a adultos que se hacen pasar por amigos de su edad en quienes confían a pesar de ser desconocidos. El *cyberbullying*, por su parte, hace que las imágenes privadas se conviertan en un medio de presión, chantaje, explotación y/o ridiculización contra la persona fotografiada. La difusión de las imágenes a terceros puede suponer un estresor vital de tal magnitud que se ha relacionado con conductas de intento de suicidio e incluso de suicidio consumado.

■ 2. Prevalencia

Como ya hemos comentado, el *sexting* es un fenómeno reciente y de rápida expansión que está alertando a la comunidad educativa y a las autoridades sanitarias y judiciales pero para conocer la magnitud del problema y el alcance de sus consecuencias precisamos conocer la prevalencia de las diferentes conductas que engloba dado que no se trata de un fenómeno unitario sino que, por el contrario, incluye a individuos con perfiles diferentes (Harris, Davidson, Letourneau, Paternite, & Tusinski, 2013). Por este motivo ofrecemos la prevalencia por separado de los cuatro grupos de actividades que comúnmente se asocian al *sexting*:

- Crear/producir y enviar imágenes de uno mismo.
- Recibir tales imágenes.
- Ser presionado para enviar tales imágenes.
- Enviar/compartir imágenes recibidas con otros.

Por lo que se refiere a *crear/producir y enviar imágenes de uno mismo*, en Estados Unidos los porcentajes oscilan entre un 28% (Temple et al., 2012) y un 18% (Strassberg, McKinnon, Sustaita, & Rullo, 2013) sin que en ninguno de estos estudios aparezcan diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas. Los estudios realizados con población hispana (Fergusson, 2011) indican que 20,5% de las mujeres de entre 14 y 20 años envía fotos sexualmente sugerentes o desnudos. Estos datos descienden en el contexto universitario como subrayan los resultados obtenidos por Agustina & Gómez (2012) quienes encontraron que solo el 10,3% reconoció haber enviado fotos o vídeos de desnudos o semidesnudos aunque el 67,3% había enviado mensajes sexuales. Estos datos tan alarmantes muestran cómo un buen número de escolares (una cuarta parte por término medio) consideran esta práctica común e inocua. Lo cual nos lleva a considerar la idoneidad de incluir entre las competencias con las que dotamos a los escolares la capacidad de detectar los peligros potenciales que el uso de las tecnologías de la información pueden tener en sus vidas para lo cual hemos de hacerles conscientes de ellos.

Por lo que se refiere a *recibir imágenes*, se ha constatado que es de dos a cuatro veces más probable recibir imágenes sexuales que crearlas. Así, en el estudio de Strassberg, McKinnon, Sustaíta, & Rullo (2013) el porcentaje de personas que recibían llegó al 50% frente al 18% que enviaba, y en el estudio de Agustina & Gómez (2012) el 69,4% había recibido mensajes sexuales.

En pocos estudios se pregunta acerca de si se les ha *requerido que envíen imágenes sugerentes de ellos mismos*. Estos comportamientos pueden representar dimensiones salientes del fenómeno particularmente relacionadas con las dinámicas de coerción de género. Esta experiencia parece ser mucho más común entre chicas que entre chicos. El estudio llevado a cabo por Temple et al., (2012) indica que al 68% de las chicas y al 42% de los chicos se les ha pedido que envíen imágenes *sexting* lo cual supone una diferencia estadísticamente significativa. Más aún, el 27% de las chicas indican haber sido molestadas con esta demanda, en comparación con solo el 3% de los chicos. En este sentido hay que destacar el estudio de Drouin & Tobin (2014) en el que examinaban a hombres y mujeres que habían practicado *sexting* no deseado pero consentido dentro de una relación de pareja comprometida y las motivaciones y tipologías de apego adulto que se asociaban con este comportamiento. La mitad de la muestra (52,3%) había participado en *sexting* no deseado pero consentido y la mayoría lo hicieron por el coqueteo o los juegos previos para satisfacer las necesidades de la pareja o de intimidad. También en este estudio, la incidencia del *sexting* no deseado pero consentido fue ligeramente mayor entre las mujeres que entre los hombres.

En cuanto al *envío de imágenes* aunque la creación de imágenes puede pensarse como la actividad más preocupante dentro del espectro de conductas de *sexting* la actividad de difundir imágenes de otros adolescentes diferentes de uno/a mismo es la menos tolerada socialmente y la más potencialmente dañina. Así como la actividad de enviar y recibir puede ocurrir dentro de la relación íntima de dos personas, compartir implica una o más terceras partes y puede ocurrir sin el consentimiento o conocimiento de quien envió originalmente su propia imagen. En el estudio de Strassberg et al., (2012) el 27% de los chicos y el 21% de las chicas reenviaron fotos a otros. Aunque estos envíos pueden realizarse por razones benignas tales como estar aburrido o parecer más interesante, compartir imágenes también sugiere un nexo entre el *sexting* y el *bullying* y tiene un alcance legal al relacionarse con la distribución de material pornográfico ilegal. En un estudio realizado por Knowledge Networks (2009) el 17% de los adolescentes afirma haber reenviado mensajes o imágenes.

■ 3. Implicaciones legales del sexting

Desde una perspectiva internacional, Europa está haciendo grandes avances en cuanto a la regulación de este fenómeno. Una de las acciones más representativas es el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, que entró en vigor en España el 1 de diciembre de 2012 regulando dichos actos (Fajardo, Gordillo, & Regalado, 2013). En España aún no se contempla una ley específica para el sexting pero los avances van en la línea de la penalización de los delitos relacionados con este fenómeno (Fajardo, Gordillo, & Regalado, 2013):

- Responsabilidad penal del menor: cuando el autor del delito es menor de edad, siendo mayor de 14 años, se aplica la *Ley Orgánica 5/2000 o Ley del Menor*. En la determinación de la pena se establecerán sanciones diferentes que, en función de la gravedad de la conducta, podrán ir desde la amonestación hasta el internamiento, pasando por asistencias a centros de día o prestaciones en beneficio de la comunidad.
- Aumento de la protección del menor: se presenta una reforma en diciembre de 2010 (*Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio*) por la que se modifica la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Supone la respuesta a las nuevas formas de criminalidad, dirigida especialmente a las relacionadas con las nuevas tecnologías y explicitando una mayor protección a los menores víctimas de delitos sexuales.

Las implicaciones legales en la práctica del Sexting se recogen en varios artículos del Código Penal. De hecho, la generación, difusión y posesión de contenidos de carácter sexual podría llegar a considerarse, según el artículo 189 del Código Penal, creación y distribución de pornografía infantil, siempre que los contenidos impliquen a menores en actitudes explícitamente sexuales: “*será castigado (...) el que produjere, vendiere, distribuyere, exhibiere, ofreciere o facilitare la producción, venta, difusión o exhibición por cualquier medio de material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizados menores de edad o incapaces, o lo poseyere para estos fines, aunque el material tuviere su origen en el extranjero o fuere desconocido*”.

Se convierte así el sexting en una controvertida cuestión jurídica, ya que como afirma Ryan (2010) los fiscales no están de acuerdo sobre si procesar y cómo hacerlo a los menores y jóvenes que se involucran en conductas de sexting primario y secundario.

■ 4. Problemas psicosociales y de salud mental asociados al sexting

Los comportamientos sexting se han asociado tanto con problemas psicosociales como con problemas de salud mental (Dake, Price, Maziarz, & Ward, 2012). Además puede ser uno de los comportamientos potenciadores para aquellos que puedan te-

ner una tendencia a participar en actividades y prácticas sexuales de alto riesgo. Por ejemplo, los adolescentes de un estudio que habían participado en *sexting* también informaron de otras prácticas sexuales de alto riesgo como el sexo anal, mantener relaciones sexuales con más de cuatro personas, no usar anticonceptivos en su última relación, practicar sexo oral, y hacer *sexting* tras la penetración (Dake et al., 2012). En esta línea numerosos estudios muestran una clara asociación entre el *sexting* y ser activo sexualmente (Rice et al., 2012; Temple et al., 2012; Englander, 2012).

En el estudio llevado a cabo por Dake et al., (2012) con 1298 estudiantes de secundaria se observó que el *sexting* se asociaba con el abuso de sustancias tales como el alcohol, el tabaco y la marihuana. Benotsch, Snipes, Martin, & Bull (2013) encontraron resultados semejantes con sustancias como la cocaína, el éxtasis y otras drogas recreativas. El *Sexting* también se ha asociado con la depresión, la consideración de o el intento de suicidio, o una victimización de abuso físico o acoso cibernético (Dake et al., 2012). La participación en este comportamiento en posición de víctima puede conducir a la vergüenza y la humillación que, como ya se ha comentado, puede derivar en el suicidio.

Se ha visto en diversas investigaciones otros aspectos que también se relacionan con el *sexting*. En un estudio realizado por Livingstone y Görzig (2014) donde medían las prácticas de riesgo on-line y cómo éstas se relacionan con las dificultades psicológicas, la búsqueda de sensaciones y el fenómeno *sexting*, se observó que los adolescentes que eran más mayores, así como los que tenían dificultades psicológicas y mostraban una mayor búsqueda de sensaciones eran más propensos a verse envueltos en prácticas de riesgo online y, en consecuencia, a recibir mensajes sexuales por Internet. Numerosos estudios destacan en esta línea la relación entre el *sexting* y la realización de comportamientos sexuales de riesgo (Baumgartner, Sumter, Peter, & Valkenburg, 2012; Temple et al., 2012). Delevi & Weisskirch (2013) señalaron que existían ciertos factores de personalidad que podían ser predictores de *sexting*. Los resultados sugieren que la extraversión, el neuroticismo y la baja satisfacción se relacionaban con el envío de una foto o vídeo sexualmente sugerente, en ropa interior o al desnudo.

También el estilo de apego se ha relacionado con los comportamientos y las actitudes hacia el *sexting* (Delevi & Weisskirch, 2011). Los individuos con apego ansioso, muestran actitudes más positivas hacia el *sexting* y mayor participación en actividades de este tipo que los de apego seguro. Seguramente su objetivo es complacer a sus parejas y anticiparse a sus deseos enviando imágenes sexualmente explícitas, textos y vídeos, pensando que eso puede mantener o mejorar su relación.

■ 5. Teorías explicativas

La primera teoría que se ha sugerido para el estudio del *sexting* es la Teoría General del Delito que afirma que el bajo autocontrol es un factor predictivo de la criminalidad. Gottfredson & Hirschi's (1990) argumentaban que los individuos expuestos a modelos parentales no eficientes incluyendo ausencia de vínculos, escasos cuidados y disciplina inconsistente o inefectiva desarrollan con mayor probabilidad un bajo autocontrol (Gibbs, Giever, & Higgins, 2003). El bajo autocontrol incluye la incapacidad para resistir la tentación cuando se presenta una oportunidad de manera que el individuo no considera las consecuencias a largo plazo de su comportamiento. Las personas con bajo autocontrol se caracterizan por ser impulsivas, insensibles y buscadoras de riesgos (Delisi, 2001). El delito es atractivo porque proporciona un beneficio inmediato al individuo con bajo autocontrol sin considerar el impacto a largo plazo del acto sobre sí mismo o sobre otros, tanto desde el punto de vista legal como social. Esta lógica puede ser aplicada al *sexting*. Las personas impulsivas probablemente no prevén las consecuencias dolorosas o negativas del *sexting* para la víctima. Por el contrario quien lo lleva a cabo considera solo el disfrute de tomar o enviar imágenes, y la popularidad que ganará participando en tales actividades.

La segunda teoría propuesta para la comprensión del fenómeno del *sexting* es la Teoría del Aprendizaje Social que considera que el delito es un comportamiento aprendido (Akers, 1998). Los adolescentes aprenden que el *sexting* es socialmente aceptable por sus iguales y son animados a participar.

Marcum, Higgins, & Ricketts (2014) realizaron un estudio cuyo objetivo era conocer los predictores del *sexting*. Para ello evaluaron tres variables: el haber realizado conductas de *sexting* utilizando esta variable como medida dependiente, el bajo autocontrol y una medida del número de amigos que han realizado estos comportamientos durante el último año. Los resultados de la regresión logística mostraron que cuando los niveles de autocontrol son muy bajos la probabilidad de realizar *sexting* es muy elevada, lo cual apoya la propuesta de Hirschi's (2004) pero los datos obtenidos también indican que asociarse con otros adolescentes que realizan prácticas como el *sexting* aumenta la probabilidad de que se realicen, a su vez, actividades de *sexting* lo cual es consistente con la propuesta de Akers (1998). Por lo que respecta al sexo los resultados indican que los chicos muestran una probabilidad mayor que las chicas de participar en *sexting*. Los autores indican que posiblemente esto se deba a que es más probable que los chicos posean niveles más bajos de autocontrol y se vean afectados más por la influencia de las malas compañías que las chicas si bien estos resultados deben contrastarse ya que contradicen los encontrados por autores como Dake et al.,

(2012) o Lenhart (2009) quienes no encuentran diferencias entre la prevalencia del *sexting* en chicos y chicas. Aunque estas propuestas teóricas muestran una buena capacidad explicativa el fenómeno *sexting* es tan complejo que para concluir un modelo teórico suficientemente explicativo se precisa más investigación.

■ 6. La respuesta educativa

El envío y la recepción de imágenes y mensajes erótico-sexuales no es un comportamiento nuevo, lo novedoso es el uso del teléfono móvil para hacerlo por la facilidad con que se puede practicar *sexting* con él (Delevi & Weisskirch, 2013). Esta serie de “nuevas prácticas” relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías, está cambiando la forma en que los adolescentes se relacionan entre sí, asumiendo un papel cada vez más importante en su vidas (Cruz & Soriano, 2014). Los teléfonos móviles proporcionar un medio para que los adolescentes tengan durante las 24 horas acceso a la comunicación con sus compañeros, por lo que aumenta la probabilidad de que un adolescente envíe un texto o una imagen de forma impulsiva, sin pensar en las consecuencias (Sadhu, 2012).

Muchos adultos y figuras de autoridad no se encuentran preparados para enfrentarse al *sexting* y sus consecuencias, sin embargo es importante que cualquier adulto que tenga constancia de estas prácticas actúe rápidamente para limitar la extensión del daño. Hinduja & Patchin (2010) proponen unas directrices a realizar por parte de los educadores ante casos de *sexting* que detallamos brevemente. Los educadores deben trabajar conjuntamente con los directivos del centro educativo así como con las autoridades policiales para recabar cualquier evidencia e investigar el incidente para determinar su naturaleza. Lo conveniente es contactar con los estudiantes implicados primariamente así como con sus familias. Con respecto al niño/a que aparece en las imágenes, la situación debe llevarse a cabo de forma delicada porque es muy probable que se haya producido algún daño emocional y/o psicológico, especialmente si el incidente ha llamado la atención en la escuela. Al estudiante (y tal vez a los padres) se le debe animar para que se reúna con el orientador o con otro profesional de salud mental para hacer frente al trauma y al estrés relacionado con el incidente.

Cuando se aborda el problema de la diseminación de imágenes con el estudiante, es imprescindible identificar las motivaciones que hay detrás de la conducta. Como ya hemos comentado, para algunos el envío de imágenes o vídeos se ha realizado sin valorar las consecuencias lo cual delata su nivel evolutivo de inmadurez y la creencia de que tales prácticas son inofensivas, divertidas, normales entre adolescentes o algo necesario para conseguir la atención y poder ser valorados por otro estudiante

o por su grupo de compañeros. En este sentido Strassberg et al., (2012) determinaron que solo el 58% de los jóvenes es consciente de las serias consecuencias legales asociadas con el *sexting*. En otros casos, sin embargo, las imágenes se distribuyen para humillar intencionalmente o infligir daño a otra persona y pueden ser consideradas *ciberbullying*, acoso sexual, chantaje, extorsión, acecho o diseminación de pornografía infantil.

Informar a los padres puede estimularles en cualquiera de los dos casos a que hablen con él/ella y puedan educarle en el camino correcto haciéndole consciente de las consecuencias y, en general, del alcance de su comportamiento. También puede hacer que los padres presten mayor atención a lo que su hijo/a hace con el teléfono y a restringirles el envío de fotos.

Paralelamente es crucial controlar la distribución de las imágenes problemáticas tan pronto como sea posible. Las autoridades, una vez analizados los dispositivos requisados pueden informar al equipo directivo del centro acerca de quién puede haber enviado y recibido las imágenes. Y son ellos quienes deberían ir entrevistando uno a uno a cada niño hasta determinar la extensión de la diseminación de las imágenes.

En relación con la prevención se debería adoptar en el centro educativo una política comprehensiva *anti-sexting* que englobara ciertos elementos clave. En primer lugar, se debería establecer claramente que la mera posesión de imágenes sexualmente explícitas de menores en cualquier tipo de dispositivo está prohibida. En segundo lugar se debería indicar que todas las personas implicadas en el *sexting* serán penalizadas a no ser que borren inmediatamente las imágenes. En tercer lugar, deben ser conocedores de que en caso de que se identifiquen estas conductas se informará tanto a los padres como a la policía que formarán parte de una amplia investigación. En cuarto lugar, debe informarse a los estudiantes de que sus teléfonos móviles pueden ser requisados e investigados si existen motivos para pensar que el teléfono contiene evidencias de que se han violado estas normas. En quinto lugar, se debe indicar que las autoridades del centro podrán determinar la penalización apropiada a cada caso. Por último, se debe prohibir explícitamente el acoso y el *bullying* relacionado con los incidentes de *sexting* e incrementar la penalización cuando se trate de distribución de imágenes *sexting*.

Estas directrices, aunque son necesarias, no son suficientes ya que las normas no suelen disuadir a los adolescentes. En ningún sentido la presencia de leyes y normas puede reemplazar los esfuerzos educacionales dirigidos a enseñar a niños y adolescentes la responsabilidad en el uso de la tecnología. Esto ocurre en las ocasiones en que las normas se utilizan como una forma de “manejo” rápido del problema, sin comprender las causas subyacentes.

El trabajo educacional debe dirigirse a varios focos. Con los jóvenes se pueden realizar sesiones o talleres de trabajo o bien incluyéndolos en el horario escolar (por ejemplo a través de las sesiones grupales de tutoría que se realizan en el aula) o bien como actividades o talleres extraescolares. Paralelamente es conveniente proporcionar una formación especializada para los profesores que les permita no solo prevenir estas prácticas de forma transversal como parte del proceso educativo general sino también identificar los indicios de *sexting* entre sus alumnos y saber cómo actuar ante ellos. Por último, también es conveniente realizar talleres dirigidos a padres y otros miembros de la comunidad escolar en horario extraacadémico con objetivos semejantes a los de las iniciativas para profesores, esto es, prevenir alertando de los riesgos de la realización de este tipo de prácticas, identificación de signos de alerta y pautas para reaccionar ante la sospecha.

Independientemente de estas acciones puntuales se puede construir un perfil en Facebook, Twitter o en la página web del centro para la identificación, prevención y respuesta al *sexting* que detalle los aspectos legales más relevantes a padres y estudiantes y que muestre el modo legal, ético y apropiado de usar las tecnologías. El objetivo es lograr que esté en el primer plano de la mente de todos y cambiar la percepción existente entre los estudiantes de que se trata de un comportamiento trivial que transgrede una norma sin importancia. Se debe enviar el mensaje de que el *sexting* está en el punto de mira del centro educativo y que inmediatamente será identificado para que de forma lenta pero segura aprendan a tomar decisiones más sabias.

Tales esfuerzos son fundamentales para cambiar las mentalidades imperantes respecto a lo que es aceptable e inaceptable en las mentes de los jóvenes. Nuestros esfuerzos de prevención y de respuesta no serán efectivos si no podemos contrarrestar eficazmente lo que la sociedad está martillando en las mentes de los adolescentes. Si el mensaje dominante que los niños y adolescentes están escuchando es que la sexualidad adolescente lleva al amor romántico, la realización personal, la popularidad y el estatus de celebridad con muy poco (o ningún) coste público o personal, seguirán en esa línea y el límite entre lo correcto y lo incorrecto en este ámbito se ensombrecerá cada vez más. Cultivar en niños y adolescentes una medida más profunda de respeto a sí mismo, así como del valor tanto de su intimidad como de la de los demás son formas de evitar la participación en el *sexting* y ayudarles a mantenerse firmes.

7. Referencias bibliográficas

- Agustina, J.R. & Gómez-Durán, E. (2012). Sexting: Research criteria of a globalized social phenomenon. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1325-1328.
- Akers, R. (1998). *Social learning and social structure: A general theory of crime and deviance*. Boston: Northeastern University Press.
- Baumgartner, S. E., Sumter, S. R., Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2012). Identifying teens at risk: Developmental pathways of online and offline sexual risk behavior. *Pediatrics*, 130, e1489–e1496. doi:10.1542/peds.2012-0842.
- Benotsch, E. G., Snipes, D. J., Martin, A. M., & Bull, S. S. (2013). Sexting, substance use, and sexual risk behavior in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52, 307-313.
- Cruz, G., & Soriano A. (2014). Psychological aspects, attitudes and behaviour related to the practice of sexting: a systematic review of the existent literature. *Social and Behavioral Sciences*, 132, 114-120.
- Dake, J. A., Price, J. H., Maziarz, L., & Ward, B. (2012). Prevalence and correlates of sexting behavior in adolescents. *American Journal of Sexuality Education*, 7, 1–15. doi:10.1080/15546128.2012.650959.
- Delevi, R., & Weisskirch, R.S. (2013). Personality factors as predictors of sexting. *Computers in Human Behavior*, 29, 2589-2594.
- DeLisi, M. (2001). Designed to fail: self-control and involvement in the criminal justice system. *American Journal of Criminal Justice*, 26, 131-148.
- Englander, E. (2012). Low risk associated with most teenage sexting: a study of 617 --18 year olds. In *Marc Research Reports. Paper 6*. Retrieved from http://vc.bridgew.edu/marc_reports/6.
- Fajardo, M. I., Gordillo, M. H., & Regalado, A.B. (2013). Sexting: nuevos usos de la tecnología y la sexualidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 521-534.
- Ferguson, C. J. (2011). Sexting behaviors among young Hispanic Women: Incidence and association with other high-risk sexual behaviors. *Psychiatric Quarterly*, 82, 239- 243. doi: 10.1007/s11126-010-9165-8.
- Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G., & Casado, M.Á. (2011). Riesgos y seguridad en Internet: Los menores españoles en el contexto europeo. Resultados

- de la encuesta de EU Kids Online a menores de entre 9 y 16 años y a sus padres y madres. Retrieved from [http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20II%20\(2009-11\)/National%20reports/Spanish%20report.pdf](http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20II%20(2009-11)/National%20reports/Spanish%20report.pdf)
- Gibbs, J. J., Giever, D., & Higgins, G. E. (2003). A test of Gottfredson and Hirschi's general theory using structural equation modeling. *Criminal Justice and Behavior*, 30 (4), 441-458.
- Gottfredson, M., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Harris, A.J., Davidson, J., Letourneau, E., Paternite, C., & Tusinski, K. (2013). Building a prevention framework to address teen "sexting" behaviors. Retrieved from: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/grants/244001.pdf>
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Sexting: A brief guide for educators and parents. *Cyberbullying Research Center* (www.cyberbullying.us).
- Huntley, R. (2006). *The world according to y: Inside the new adult generation* (1st ed.). Crows Nest, NSW: Allen & Unwin.
- Inteco, & Orange (2010). «Estudio sobre seguridad y privacidad en el uso de los servicios móviles por los menores españoles». Observatorio de la Seguridad de la Información. Recuperado de: http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/Estudios_e_Informes/
- Knowledge Networks (2009). MTV-Associated Press digital abuse survey. Retrieved from http://surveys.ap.org/data/KnowledgeNetworks/AP_Digital_Abuse_Topline_092209.pdf
- Lenhart, A. (2009). *Teens and sexting: How and why minor teens are sending sexually suggestive nude or nearly nude images via text messages*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. Retrieved from <http://www.pewinternet.org/Reports/2009/Teens-and-Sexting.aspx>.
- Livingstone, S., & Görzig, A. (2014). When adolescents receive sexual messages on the internet: Explaining experiences of risk and harm. *Computers in Human Behavior*, 33, 8-15.
- Marcum, C.D., Higgins, G.E., & Ricketts, M.L. (2014). Sexting behaviors among adolescents in rural North Carolina: A theoretical examination of low self-control and deviant peer association. *International Journal of Cyber Criminology*, 8 (2): 68-78.

- McLaughlin, J.H. (2010). Crime and Punishment: Teen Sexting in Context. Expresso. Retrieved from http://works.bepress.com/julia_mclaughlin/1
- Ryan, E.M. (2010). Sexting: How the State can prevent a moment of indiscretion from leading to a lifetime of unintended consequences for minors and Young adults. *Iowa Law Review*, 96 (1), 357-383.
- Sadhu, J.M. (2012). Sexting: The Impact of a Cultural Phenomenon on Psychiatric Practice. *Academic Psychiatry*, 36 (1), 76-81.
- Strassberg, D.S., McKinnon, R.K., Sustaíta, M.A., & Rullo, J. (2013). Sexting by High School Students: An Exploratory and Descriptive Study. *Archives of Sexual Behavior*, 42 (1): 15-21. doi: 10.1007/s10508-012-9969-8.
- Temple, J.R., Paul, J.A., Van den Berg, P., Le, V.D., McElhany, A., & Temple, B.W. (2012). Teen Sexting and Its Association With Sexual Behaviors. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 1-6. doi:10.1001/archpediatrics.2012.835
- Wolak, J., Finkelhor, D., & Mitchell, K. J. (2012). How often are teens arrested for sexting? Data from a national sample of police cases. *Pediatrics*, 129 (1), 4-12. doi: 10.1542/peds.2011---2242a2

La Educación Afectivo-Sexual en la Educación Obligatoria. Estudio de las propuestas curriculares del Ministerio y de la Comunidad Valenciana

David Agud¹, Irene Guijarro¹, M^a Dolores Gil², Valentín Gavidia¹

¹Dpto. Didáctica CC Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia.

²Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Valencia.

E-mails: dami@alumni.uv.es, iguigar@alumni.uv.es,
dolores.gil@uv.es, valentin.gavidia@uv.es

RESUMEN: El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la atención que recibe la Educación Sexual en el currículo escolar. Se ha elaborado un listado de situaciones problemáticas relativas a la sexualidad y los contenidos competenciales (saber, saber hacer y saber ser) necesarias para desarrollar dichas competencias. A partir de aquí se ha confeccionado un instrumento mediante un estudio Delphi que ha permitido comprobar hasta qué punto el BOE y el DOCV atienden convenientemente a estas competencias en sexualidad que debe adquirir el alumnado en su paso por la enseñanza obligatoria.

PALABRAS CLAVE: Competencias en Salud, Educación Sexual, Currículo escolar, Educación Obligatoria.

The Affective-Sexual Education in Compulsory Education. Study of curricular proposals of the Ministry and the Valencian Community

ABSTRACT: The present work aims to study the attention that Sexual Education receives in the school curriculum. A list of problematic situations relative to the sexuality and the competential contents (to know, to know-how-to-do and to know-how-to-be) necessary to develop the mentioned competencies has been developed. On this basis an instrument has been made on the basis of a Delphi study in order to verify to what extent the BOE and the DOCV attend suitably to the competencies in sexuality that students must acquire along the compulsory education.

KEY WORDS: Competences in Health, Sexual Education, School Curriculum, Compulsory Education.

1. Introducción

El objetivo principal del presente trabajo ha sido estudiar las competencias en Educación Sexual que deben adquirir los jóvenes españoles en su paso por la enseñanza obligatoria a través de las posibilidades que ofrecen los currículos prescriptivos que presentan por un lado el Ministerio de Educación y Ciencia y por otro la Generalitat Valenciana en relación a la Educación Sexual, para toda la Educación Obligatoria, tanto de Educación Primaria como de Secundaria.

La sexualidad ha sido tratada durante mucho tiempo como un tema tabú. La fuerte represión sufrida ha impedido el desenvolvimiento con normalidad y espontaneidad de las personas, y en especial de los jóvenes, en el campo relacionado con la sexualidad.

Sin embargo, en la actualidad la sociedad presenta a su alcance numerosas referencias a la sexualidad. En las películas de cine, en las series de televisión, en la radio, en la publicidad, en revistas o en la música podemos encontrar de forma explícita o implícita alusiones a ésta. Es decir, no podemos decir que la sociedad carezca de información. Lo que sí puede ocurrir es que la información que llega no sea la adecuada. ¿Qué llega al Escuela? ¿Qué tipo de Educación Sexual o para la Sexualidad se presenta a los jóvenes?

La Educación Sexual queda definida dentro del currículo escolar, con la implantación de la LOGSE, al contemplarla como materia transversal y desarrollarla durante todas las etapas y en todas las materias. Lo que parece en teoría fácil, se complica al llevarlo a la práctica. Por un lado la Educación Sexual suele quedar reducida a su presencia en Conocimiento del Medio, Ciencias Naturales y Biología, siendo obviada por el profesorado en la mayoría del resto de materias.

Es cierto que conocer la fisiología de los aparatos genitales, las diferentes enfermedades de transmisión sexual o cómo se pone un preservativo es importante, pero la Educación Sexual no puede quedarse en ese nivel. La Educación Sexual no debe basarse en transmitir una serie de conocimientos, sino que debe desarrollar las habilidades y actitudes necesarias para que una persona pueda desarrollar su sexualidad de forma placentera y plena, así como favorecer que en su entorno próximo se pueda vivir la sexualidad con normalidad.

Como dice Vallés (2010), “educar sexualmente es transmitir ideas, descubrir el valor que tiene ser un hombre y una mujer en todas sus posibilidades y dimensiones, y que esto facilite la convivencia y la relación entre ambos”.

Por ello es necesario que exista en el aula un ambiente de tolerancia y confianza, aceptación de las diferencias entre las personas, una coeducación de manera que hombres y mujeres se conozcan, se respeten, se consideren y se acepten.

Es importante pues, conocer de qué forma los currículos de Primaria y de Secundaria presentan la Educación Sexual, qué contenidos ofrecen que permitan desarrollar competencias, que generen las destrezas necesarias para que el alumnado pueda poseer y disfrutar de una sexualidad plena.

■ 2. Metodología

Para identificar las competencias en Salud que deben desarrollarse en la educación obligatoria se ha realizado un estudio basado en la metodología Delphi (Calhoun, McElligott, Weist y Raczyński, 2012; pp. 22-29) con tres rondas de consulta.

Para la selección de expertos se han tenido en cuenta tres criterios: la procedencia geográfica, la formación académica y la actividad profesional (profesores e investigadores de universidad, de enseñanza primaria y secundaria o responsables de políticas sanitarias públicas). En la operativización de estos criterios se ha atendido a factores como artículos publicados, proyectos de investigación en los que han participado, años de experiencia tanto profesional como docente según cada caso, puesto de trabajo, etc.

Con todos los participantes se inició el contacto por carta solicitando su colaboración e informando brevemente sobre los objetivos del estudio. El primer envío del cuestionario semiestructurado se realizó a 113 personas. Para el segundo envío se aumentó la muestra a 160 personas y en muchos casos se contactó telefónicamente. La tercera ronda del estudio Delphi fue sustituida por una reunión presencial de expertos, en la que se valoraron los resultados obtenidos en las dos rondas de consulta y se concretaron dichas competencias.

Las competencias en salud se dividieron en 8 ámbitos: Alimentación y Actividad física; Adicciones; Accidentes; Medio Ambiente; Higiene; Aspectos Emocionales; Afectivo-sexualidad; y Promoción de la Salud. Para cada uno de los ámbitos se contó con un mínimo de al menos 11 opiniones externas, basándonos en las recomendaciones de Yañez y Cuadra (2008).

En el caso de las competencias en Educación afectivo sexual, éste ha sido el número de personas expertas que ha colaborado en el estudio, que se ha añadido al equipo de investigación COMSAL (Competencias en Salud). Este equipo de investigación está constituido por 16 profesores de las Universidades de Valencia, Alicante, El-

che y el País Vasco, de diferentes áreas de conocimiento (Salud pública, Didáctica de las Ciencias Experimentales, Psicología, Pedagogía, Trabajo Social, Logopedia y Fisioterapia), varios profesores de Educación Primaria y Secundaria, y asesores de Centros de Profesores.

Para recoger la opinión de las personas expertas se confeccionó un cuestionario basado en las recomendaciones que los organismos internacionales (OMS, Consejo de Europa, Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, Proyecto Europeo de las Escuelas Promotoras de Salud, Proyecto Pisa) y nacionales (Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Universidades y Leyes de Salud Escolar de los gobiernos autonómicos) realizan sobre los problemas prioritarios y las competencias en salud que deben alcanzar los estudiantes después de haber cursado la enseñanza obligatoria.

Este documento de trabajo se envió al grupo de expertos seleccionado para identificar las competencias en educación sexual así como los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo.

El documento adquirió la forma de cuestionario semiabierto en el que se pedía una valoración de la tabla de competencias elaborada por el equipo de investigación utilizando una escala de 5 puntos tipo Likert, y además, que la pudieran completar con otros problemas y/o contenidos competenciales que estimasen oportunos. El cuestionario tenía una zona de observaciones para que los participantes pudieran sugerir cambios u otros aspectos relevantes para el estudio, como la eliminación de algunos ítems, modificación en el orden, o forma de expresarlos. A cada participante se le envió por e-mail, además del cuestionario semiabierto con las instrucciones, una carta de presentación que explicaba detenidamente la justificación, los objetivos, la metodología de trabajo y la solicitud de colaboración.

Una vez consensuadas las competencias en Educación Sexual, así como los contenidos necesarios para lograr su desarrollo durante la Educación Obligatoria, se confeccionó un instrumento de análisis curricular basado en dicho consenso. Esta herramienta se dividió en base a los contenidos, procedimientos y actitudes que un alumno/a debe adquirir ante los problemas más importantes relacionados con la sexualidad. A continuación se procedió a un análisis del currículo prescriptivo de las etapas primaria y secundaria propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia, (Reales Decretos 1513/2006 de 7 de diciembre y 1631/2006, de 29 de diciembre) y por el Gobierno Valenciano (Decreto 111/2007 y 112/2007 de 20 de julio), estableciéndose posteriormente las comparativas necesarias entre ambos.

3. Resultados

Los problemas relacionados con la salud afectivo sexual consensuados por todos los expertos para ser abordados en la Escuela son:

- Las relaciones sexuales precoces.
- Las enfermedades de transmisión sexual.
- Los embarazos no deseados.
- La coacción y el abuso sexual.
- La orientación sexual.

En la tabla 1 se presentan las competencias de Educación Sexual para hacer frente a los problemas mencionados y en la tabla 2 los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo que deben estar presentes en el currículo escolar, todo ello fruto del consenso obtenido siguiendo la metodología descrita. Esta propuesta ha servido para llevar a cabo los análisis curriculares posteriores.

A continuación, y a partir de los contenidos competenciales señalados se confeccionó un “instrumento de análisis curricular”, con el que estudiar las propuestas que realizan por un lado el Ministerio de Educación y Ciencia, y por otro la Generalitat Valenciana, de Educación Sexual a través del currículo escolar prescriptivo de la Educación obligatoria, tanto de Primaria como de Secundaria.

Tabla 1. Competencia sobre la vida afectivo sexual

COMPETENCIA: Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable
<p>Saber: Los cambios que se producen en el desarrollo de las personas y de su sexualidad. Beneficios de las prácticas sexuales seguras y peligros de las no seguras. Conocer las funciones (socio- psico- biológicas) de la sexualidad y sus potencialidades. Saber distinguir entre expresiones de afectos placenteras y agradables frente a las incómodas o desagradables.</p> <p>Saber hacer: Distinguir las relaciones sexuales seguras de las no seguras. Habilidad para saber llevar a cabo sexo seguro.</p> <p>Saber ser: Manifestar la sexualidad con naturalidad, afectividad y responsabilidad. Desarrollar actitudes de aceptación, respeto y valoración de la propia sexualidad y la de los demás. Promover respeto y estima hacia el cuerpo sexuado.</p>

Tabla 2. Problemas relacionados con la Sexualidad y contenidos competenciales para desarrollar las competencias

Situación problemática 1: Ante la sexualidad insatisfactoria
<p style="text-align: center;"><i>Conocimientos a adquirir</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Anatomía y la fisiología de los aparatos genitales. Construcciones de la identidad sexo/género.• Conducta sexual y sus funciones (reproducción, felicidad, intimidad, afecto, placer, frustración...) y condicionantes. Perspectiva de género.• Los recursos sociosanitarios disponibles (centros de planificación familiar, asociaciones...)• La convivencia y las relaciones próximas.• El consumo de drogas y las repercusiones sobre las relaciones sexuales.
<p style="text-align: center;"><i>Procedimientos a utilizar</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Practicar formas de autoexploración y conocimiento del cuerpo.• Ser capaz de expresar emociones, necesidades, dudas y preferencias e identificar las de los demás.• Saber utilizar los recursos sociosanitarios.• Búsqueda de información, Comunicación y asesoramiento y consejo con la familia, personal educativo y socio sanitario.• Practicar formas de autoexploración y conocimiento del cuerpo.
<p style="text-align: center;"><i>Actitudes a desarrollar</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Respeto y valoración positiva de los cuerpos sexuados y las diferentes formas de vivir la sexualidad.• Rechazo del sexismo y la homofobia.• Desarrollar la autoestima y el autoconcepto positivo.• Fomentar una actitud de respeto y aceptación hacia las emociones, dudas, necesidades y preferencias de los demás.• Reconocer y valorar el apoyo y asesoramiento de los recursos sociosanitarios.• Tomar decisiones responsables y autónomas.• Valorar la complicidad y la confianza.• Identificar la influencia de los medios de comunicación, la publicidad y el entorno sobre la identidad y la conducta sexual de las personas.

Situación problemática 2: Ante las infecciones de transmisión sexual

Conocimientos a adquirir

- Las ITS, sus características, vías de contagio y consecuencias para la salud.
- Diferentes métodos de protección e higiene para evitar ITS.
- Los servicios sociosanitarios como recurso de información, tratamiento y ayuda

Procedimientos a utilizar

- Practicar una sexualidad lo más segura y saludable posible. Habilidad de negociación con la pareja para el uso de métodos de protección.
- Usar adecuadamente los métodos de protección.
- Utilizar las medidas necesarias para una adecuada higiene sexual.
- Habilidad para pedir la información y la ayuda necesaria.
- Buscar información fidedigna sobre posibles ITS emergentes.

Actitudes a desarrollar

- Prevención y rechazo de las conductas sexuales de riesgo, por lo que se refiere a las infecciones de transmisión sexual.
- Visión crítica de ciertos comportamientos relacionados con el género y el uso de métodos anticonceptivos.
- Toma de conciencia de las consecuencias, sociales y personales, derivadas de las relaciones sexuales no seguras.
- Desarrollar actitudes de comprensión, valoración del diálogo con la pareja para negociar el uso de métodos de protección.
- Valorar la importancia de una adecuada higiene sexual.
- Respeto hacia las personas afectadas por una ITS.

Situación problemática 3: Ante los embarazos no deseados

Conocimientos a adquirir

- Anatomía y la fisiología de los aparatos genitales. Sexualidad y reproducción.
- Medidas para prevenir el embarazo no deseado. Ventajas e inconvenientes de los distintos métodos anticonceptivos.
- Dilemas éticos relacionados con la reproducción.
- Legislación vigente relacionada con la interrupción del embarazo.
- Los servicios sociosanitarios donde pedir información y ayuda.

Procedimientos a utilizar

- Reconocer la sexualidad como una forma de comunicación, afectividad y placer, o como una finalidad reproductiva.
- Habilidad para el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Actitudes a desarrollar

- Valorar la responsabilidad que supone tener hijos.
- Valorar los recursos que la ciencia pone a nuestra disposición para intervenir en la reproducción.
- Respetar las diferentes opciones ante los dilemas éticos.
- Apreciar la sexualidad como una forma de expresar afecto y sentir placer.

Situación problemática 4: Ante la violencia sexual

Conocimientos a adquirir

- Tipos de violencia, discriminación, maltrato, coacción y violencia física, social, psicológica, económica y sexual (abuso, agresión, pornografía, trata de blancas) “dating violence”.
- Legislación y normas básicas sobre la protección el violencia de género y sexual.
- Conocer los recursos sociales de ayuda.

Procedimientos a utilizar

- Reaccionar ante violencia sexual.
- Habilidad para identificar y gestionar situaciones potencialmente peligrosas desde las primeras exposiciones (dating violence).
- Saber cómo pedir ayuda y denunciar el abuso sexual.

Actitudes a desarrollar

- Manifestar rechazo y frente a situaciones o expresiones de violencia física, y sexual.
- Sensibilizar, sobre la gravedad de la violencia de género y sexual. Empatizar.
- Comprensión y apoyo hacia las personas que han sufrido maltrato y abusos.

Situación problemática 5: Ante la discriminación por la diversidad sexual

Conocimientos a adquirir

- Sexo, género e identidad sexual.
- Conocer la diversidad en las dimensiones de la identidad sexual (SEXO: hombre, mujer, intersexual; GÉNERO: masculino, femenino, transgénero; ORIENTACION SEXUAL: heterosexual, homosexual, bisexual, transexual, nómada sexual).

Procedimientos a utilizar

- Reconocer flexibilidad y diversidad de la identidad sexual propia y ajena
- Habilidad para aceptar y afrontar la propia identidad sexual.

Actitudes a desarrollar

- Comprensión y apoyo hacia las personas que han sufrido maltrato y abusos.
- Respetar las diferentes identidades sexuales.
- Promover la aceptación y visibilidad de las diferentes identidades sexuales. Respeto a la diversidad sexual.

Para ello nos centraremos en cada uno de los cinco problemas dedicando especial atención a las materias que aportan un mayor número de contenidos curriculares relativos al ámbito de la Educación Sexual. También analizamos si la contribución se realiza a nivel conceptual, procedimental o actitudinal. Por último se indican los contenidos competenciales que no aparecen en las propuestas curriculares y se consideran necesarios para el desarrollo de estas competencias.

Situación problemática 1 y 2

Como puede observarse en los Gráficos 1 y 2, las materias que aportan un mayor número de contenidos curriculares referentes a las relaciones sexuales precoces durante la enseñanza obligatoria son Educación para la ciudadanía y Conocimiento del medio (y su equivalente en secundaria, esto es Ciencias Naturales y Biología). Ante el problema de las infecciones de transmisión sexual las que más contribuyen son Educación para la ciudadanía, Conocimiento del medio (y su equivalente en ESO) y Lengua castellana y literatura. En ambos casos el tratamiento recibido en Primaria es mucho menor que el recibido en Secundaria y en el caso de las ITS el tratamiento en el BOE es superior al recibido en el DOCV de la Comunidad Valenciana. Esta diferencia no se observa en cuanto a las relaciones sexuales precoces.

Gráfico 1. Contribución curricular ante las relaciones sexuales precoces

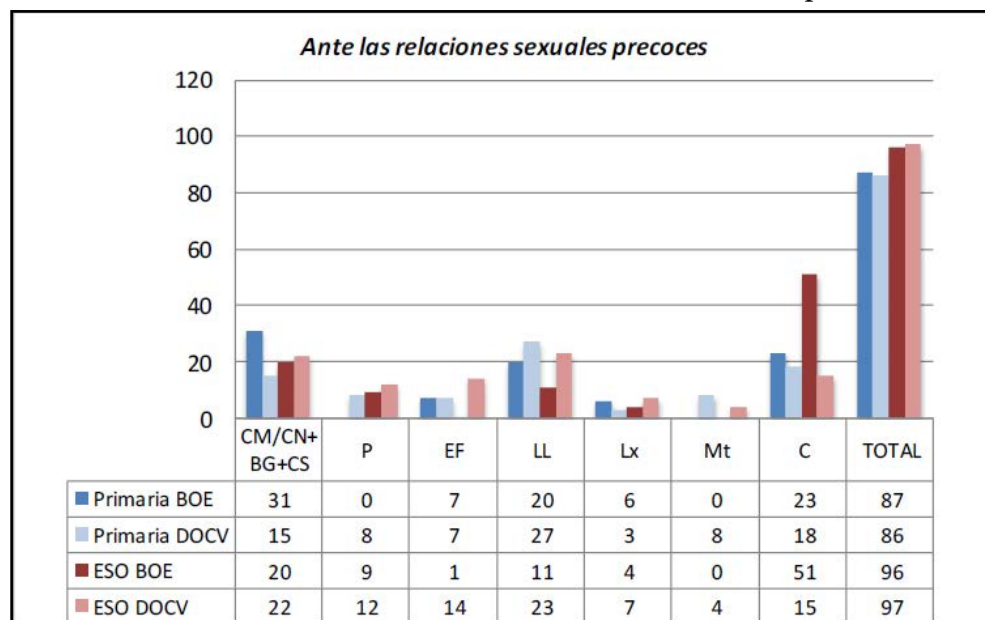
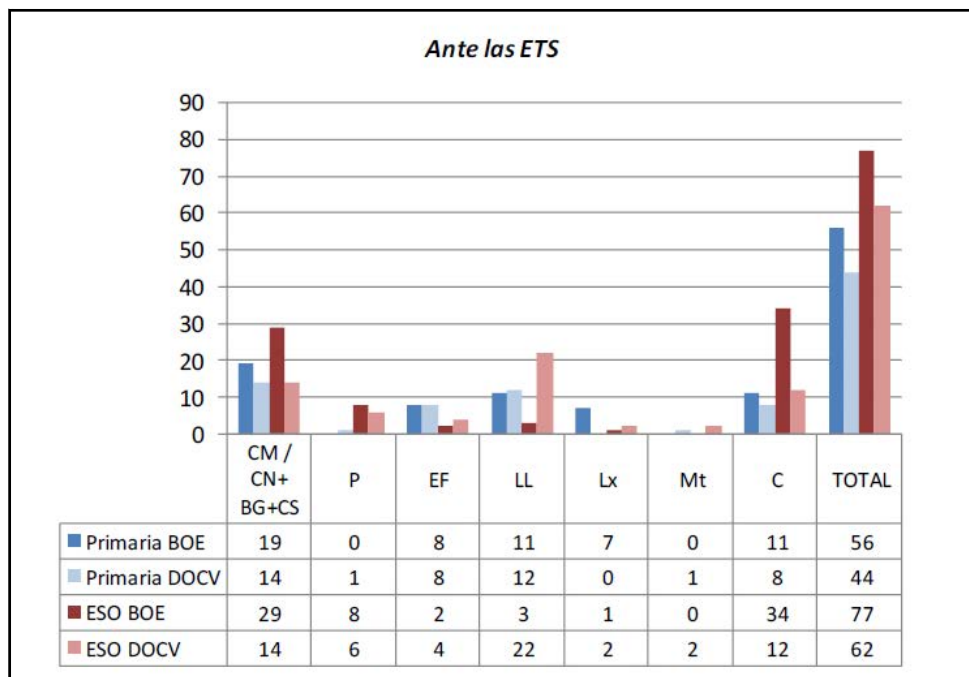


Gráfico 2. Contribución curricular ante las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)



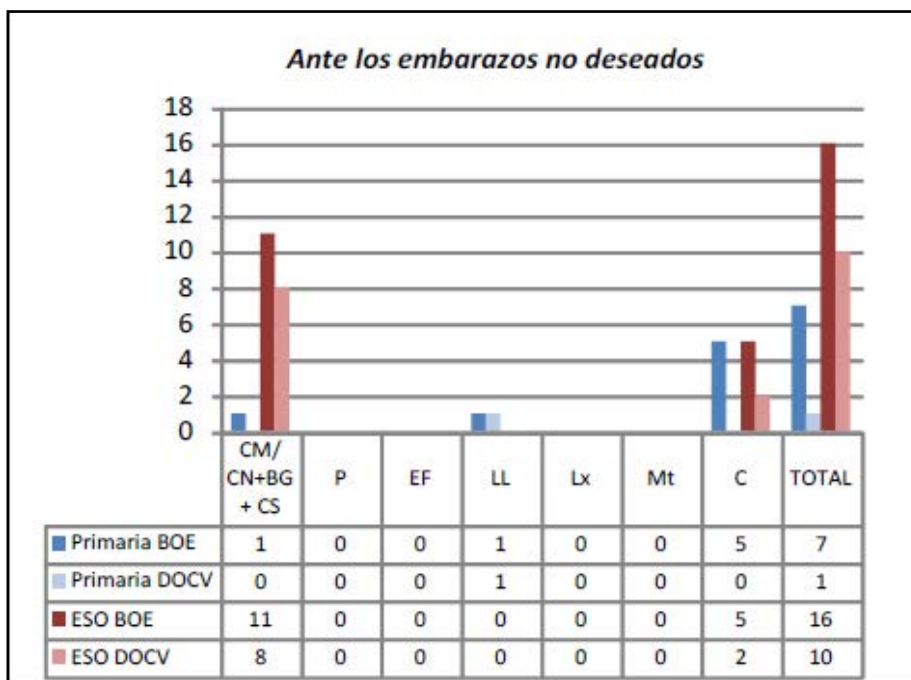
Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Situación problemática 3 y 4

Sobre los problemas de los Embarazos no deseados y del Abuso sexual observamos que el currículo escolar, tanto del BOE como del DOCV, proponen escasos contenidos mediante los cuales puedan tratarse estas temáticas (Gráficos 3 y 4). Los embarazos no deseados constituyen una materia que apenas se desarrolla durante la enseñanza obligatoria y cuando ocurre es desde un punto de vista muy biológico y solo esporádicamente en la asignatura de Educación para la Ciudadanía, especialmente en la Educación Secundaria. Lo mismo ocurre con el abuso sexual. Ambas problemáticas se contemplan de forma exigua, aunque aparece mayor número de contenidos en el currículum ministerial del BOE que en el autonómico del DOCV, y en la etapa Secundaria más que en la etapa Primaria.

Ámbito 4: Educación Afectivo-sexual

Gráfico 3. Contribución curricular ante los embarazos no deseados



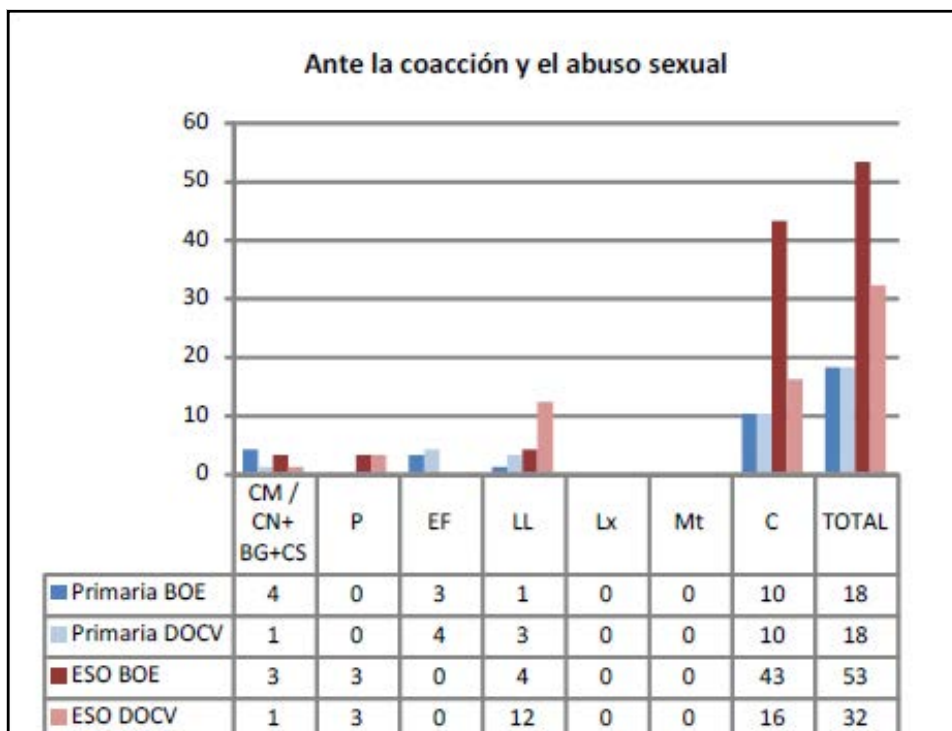
Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Situación problemática 5

Sobre la problemática de la Orientación sexual los resultados obtenidos del análisis curricular nos señalan (Gráfico 5) que apenas es tratada en la educación primaria y, siguiendo la tónica de los demás aspectos de la sexualidad, en el currículo del BOE aparecen un mayor número de contenidos que en el currículo propuesto en el DOCV. En la educación secundaria es en el marco de la asignatura de Educación en la Ciudadanía donde más propuestas aparecen.

Abordaje general de la Educación Sexual en el currículo

Si observamos los problemas en su globalidad podemos destacar tres ideas clave. En primer lugar que en Primaria se aborda mucho menos la sexualidad que en Secundaria. En segundo lugar que en el BOE se contemplan más competencias que en el DOCV. Y en tercer lugar que la sexualidad es tratada fundamentalmente en la asignatura de Educación en la Ciudadanía seguida por el bloque de asignaturas biológicas.

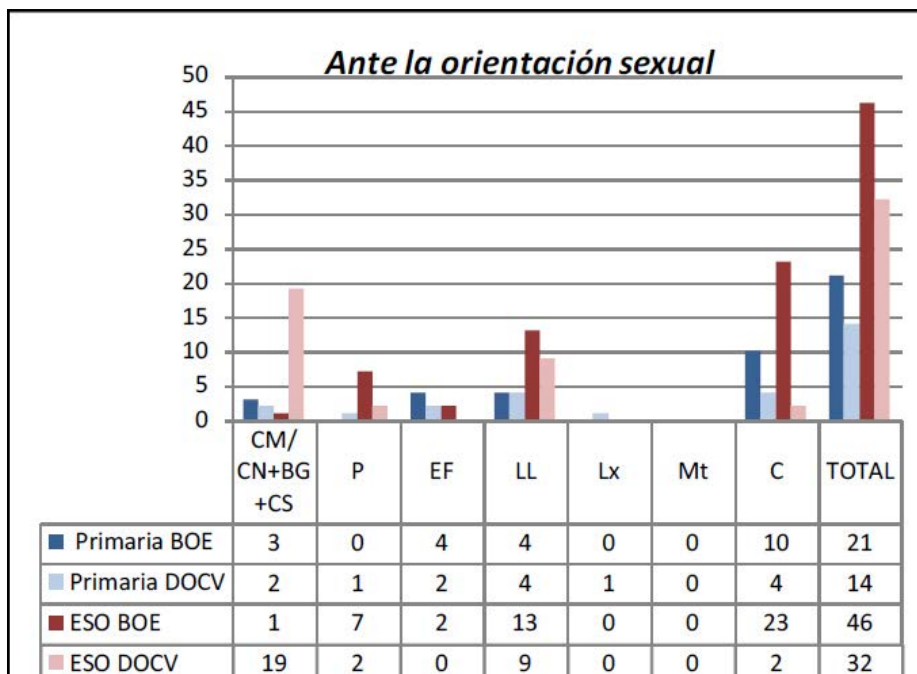
Gráfico 4. Contribución curricular ante la coacción y el abuso sexual

Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Hay que pensar que por normativa de la LOE (2006), el BOE debe aportar entre el 55-65% de lo que se debe estudiar durante la enseñanza obligatoria, es decir, las enseñanzas mínimas. Luego, cada comunidad autónoma se encarga de completar el currículo. Sin embargo, en el Gráfico 6 se observa que el BOE posibilita el tratamiento de un mayor número de conocimientos curriculares durante las etapas de Primaria y ESO que el DOCV (474 del BOE frente a 396 del DOCV).

Por el hecho de que parezcan mayor número de contenidos de Educación Sexual en la ESO, hay que tener en cuenta que esta etapa coincide con la adolescencia, un periodo de cambios físicos y psicológicos que afectan a su forma de vivir la sexualidad. Por ese motivo se procura durante esta etapa que adquieran las competencias necesarias para poder desenvolverse en ese ámbito. 285 contenidos en el BOE y 233 en el DOCV pertenecientes a la etapa Secundaria, frente a 189 en el BOE y 163 en el DOCV de Primaria.

Gráfico 5. Contribución curricular ante la orientación sexual

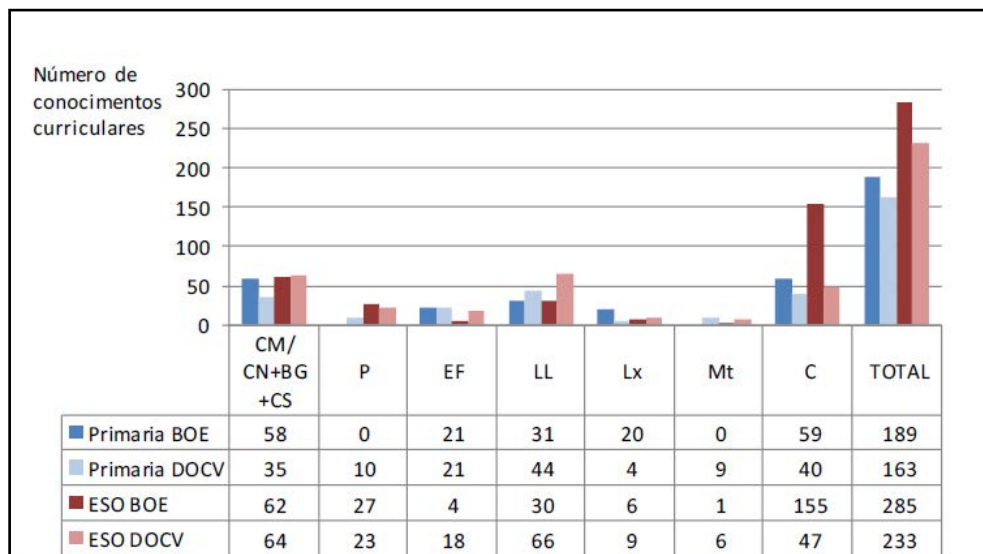


Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Materias que aportan mayor número de contenidos para ser tratados en el ámbito de la Educación Sexual

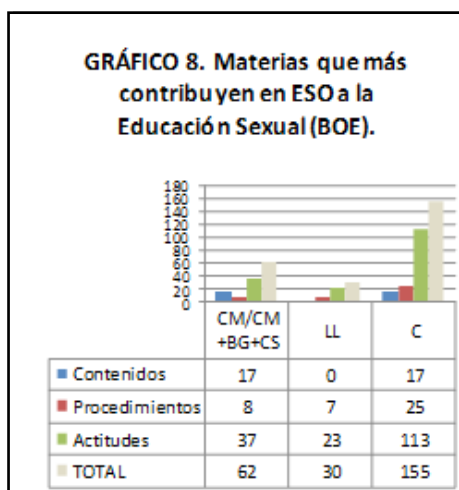
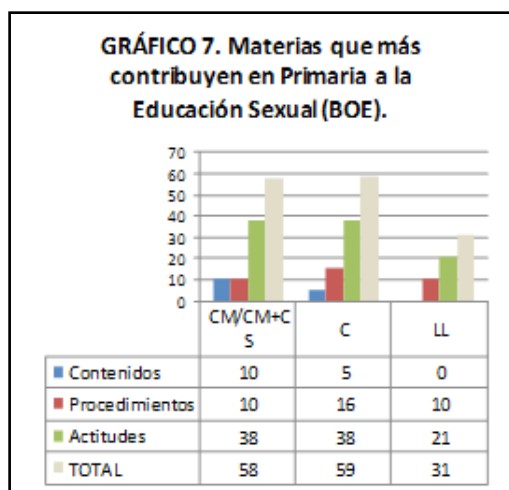
A continuación y a partir de los datos obtenidos de los cinco problemas conjuntamente, se presentan las tres materias que aportan mayor número de contenidos curriculares con los que desarrollar la Educación Sexual desglosadas en sus tres componentes (conceptos, procedimientos y actitudes). Optamos por la propuesta curricular del BOE por su mayor contribución al ámbito de la Educación Sexual, como ha quedado patente. Todas las materias se centran más en desarrollar las actitudes que en trabajar contenidos o procedimientos (Gráficos 7 y 8). En el caso de Educación Primaria, la contribución que hace Conocimiento del Medio es muy similar a la que hace Educación para la Ciudadanía. Sin embargo, en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) se percibe que Educación para la Ciudadanía posibilita un mayor desarrollo de la Educación Sexual que las materias biológicas (Ciencias Naturales, Biología y Geología).

Gráfico 6. Contribución curricular general a la Educación Sexual



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Gráficos 7 y 8



Conviene destacar la escasa contribución de algunas materias a este ámbito de estudio, como es el caso de Matemáticas, Lengua extranjera, Música, Tecnología, Latín. En el caso de Informática la aportación en conocimientos curriculares que posibiliten el tratamiento de la Educación Sexual es nula. Estos datos denuncian la escasa transversalidad que se encuentra en los currículos. La Educación Sexual es una rama de la Educación para la Salud que debe contar con la ayuda de todas las áreas y materias para poder ser desarrollada de manera efectiva.

Contenidos de Educación Sexual ausentes en el currículo

Al terminar el análisis del currículo teniendo como plantilla el instrumento consensuado sobre los problemas y los contenidos competenciales necesarios para hacerles frente, observamos que existen algunos de estos contenidos que no aparecen en el estudio. Esto es, no existe propuesta de su tratamiento en las aulas. Lo que significa un déficit importante en el propio planteamiento educativo. A continuación se presenta el listado de dichos contenidos ausentes del currículo:

- Autoexploración y conocimiento del cuerpo.
- Habilidad para pedir la ayuda necesaria.
- Conocer los recursos sociosanitarios destinados a este ámbito.
- Métodos de protección para evitar las ITS. Uso del preservativo.
- Legislación relacionada con la interrupción del embarazo.
- Identificar situaciones de riesgo y habilidad para gestionar situaciones potencialmente peligrosas.
- Habilidad para desarrollar la propia identidad sexual y aceptar la de los demás.
- Desarrollar un pensamiento responsable frente a los dilemas relacionados con la reproducción.
- Tomar conciencia y denunciar las situaciones de abuso o coacción sexual y de las circunstancias que las facilitan.
- Apreciar la sexualidad como una forma de expresar afecto y sentir placer.

4. Conclusiones

De la contribución y consenso de personas expertas en Educación Sexual a través de dos rondas de metodología Delphi y una reunión presencial, se ha llegado a determinar los cinco problemas más acuciantes en este ámbito, a definir la competencia en

el terreno de la Sexualidad como “el desarrollo de una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable, desde la identidad sexual”, a desglosar esta competencia en sus tres dimensiones de saber, saber hacer y saber ser, y a determinar los contenidos necesarios a desarrollar en la etapa de enseñanza obligatoria que permitan la adquisición de la citada competencia.

Con ello se ha elaborado un instrumento de estudio y se han analizado los currículos de la enseñanza obligatoria (primaria y secundaria) que presenta el Ministerio de Educación en el BOE y la Generalitat Valenciana en el DOCV.

Observando el tratamiento que se confiere a los cinco problemas relativos a la sexualidad podemos destacar cuatro ideas clave: En primer lugar que en Primaria se aborda mucho menos la sexualidad que en Secundaria. En segundo lugar que en el BOE se contemplan muchos más contenidos competenciales que en el DOCV, que permiten la adquisición de las competencias en este ámbito. En tercer lugar que la sexualidad es tratada fundamentalmente en la asignatura de Educación en la Ciudadanía seguida por el bloque de asignaturas biológicas. Y en cuarto lugar que los contenidos se centran en los aspectos actitudinales con preferencia sobre los procedimentales y en último lugar se encuentran los conceptuales.

Así mismo queda patente, tanto en el BOE como en el DOCV, que un número considerable de contenidos competenciales relativos a la Educación Sexual, necesarios para el desarrollo de sus competencias, se encuentran ausentes, siendo mayor esta ausencia en el caso del currículo propuesto en el DOCV.

■ 5. Referencias bibliográficas

Calhoun, J.G., Mcelligott, J.E., Weist, E.M. y Raczynski, J.M. (2012). Core Competencies for Doctoral Education in Public Health. *American Journal of Public Health*, 1 (102), pp. 22–29.

Decreto 111/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunitat Valenciana.

Decreto 112/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunitat Valenciana.

Gavidia, V. (1997). Criterios para analizar las representaciones del concepto de salud. Su aplicación en el profesorado. Comunicación en el V Congreso Internacional sobre Investigación en la Didáctica de las Ciencias y de las Matemáticas. Murcia. *Enseñanza de las Ciencias*, 141-142.

Ley Orgánica de Educación (LOE). BOE 106, de 4 de mayo de 2006.

OMS (2013). VIH/SIDA <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>

Pérez, Mj., Echauri, M., Ancizu, E. y Chocarro, J. (2006). *Manual De Educación para la salud*. Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra.

Real Decreto 1513/2006 de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la educación primaria (BOE, 8/12/06).

Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la educación secundaria obligatoria (BOE, 5/01/07).

REAL DECRETO 806/2006, de 30 de junio, por el que se establece el calendario de aplicación de la nueva ordenación del sistema educativo, establecida por la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

Vallés, C. (2010). *Educación Sexual: La asignatura pendiente*. Madrid: Eduforma.

Yañez, R. y Cuadra, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*, XIV (1): pp 9-15.



Ámbito 5

Higiene

Disfonía en la etapa educativa

Anna Arnal Gómez

Departamento de Fisioterapia, Universitat de València.

E-mail: Anna.Arnal@uv.es

RESUMEN: La voz tiene un importante carácter íntimo así como una fuerte sensibilidad para los desajustes orgánicos y psicológicos, lo que significa que ha de entenderse dentro del todo que cada sujeto constituye, como una entidad única e irreplicable. Los síntomas vocales están presentes entre el 6-23% de los niños entre los 4 y 12 años de edad, por lo que la comunidad educativa juega un papel fundamental en la detección de las alteraciones de la voz. Desde la escuela se puede contribuir a mejorar la Higiene Vocal del alumnado y a fomentar un uso adecuado de la voz dentro y fuera de los centros educativos. Por ello es importante que los docentes conozcan cómo prevenir alteraciones en la voz del alumnado y también cómo los profesionales correspondientes realizan el abordaje terapéutico de las alteraciones de la voz, de manera que desde la escuela se pueda participar, en la medida de lo posible, en la mejora de la técnica vocal del alumnado afectado.

PALABRAS CLAVE: Disfonía, Higiene vocal, Técnica vocal.

Dysphonia in the educational stage

ABSTRACT: The voice has an important intimate character as well as a strong sensibility for the organic and psychological imbalances, which means that everything has to be understood as the only and unrepeatable entity. The vocal symptoms are present in 6-23 % of the children between 4 and 12 years old. In this sense, the educational community plays a fundamental paper in the detection of the alterations of the voice. From the school it is possible to help to improve the Vocal Hygiene of the student body, promoting a suitable use of the voice inside and out of the educational centers. Therefore, it is important that the teachers know how to anticipate alterations in the voice of the student's body and learn how the corresponding professionals address the therapy of the alterations of the voice, in order to participate, as far as possible, in the improvement of the vocal technique of the affected student's body.

KEY WORDS: Dysphonia, Vocal hygiene, Vocal technique.

■ 1. Introducción

La voz es una de las formas más completas a través de las cuales el ser humano puede expresar su afectividad y sensibilidad, permitiéndole así reflejar su individualidad, tanto fisiológica como psicológica. Para la producción de la voz es necesaria la integración y coordinación de los movimientos de diferentes estructuras que, a su vez, están influenciadas por la salud corporal, la salud mental y las emociones.

El ser humano para poder relacionarse, expresarse, aprender y lograr un desarrollo evolutivo adecuado se comunica desde edades tempranas a través de su propia voz en forma de llanto, vocalizaciones o gritos. Luego de manera instintiva surgen las primeras sílabas hasta que poco a poco se producen las primeras palabras con significado. De manera que el factor fundamental que ha dado origen a la voz es la necesidad primitiva de dar expresión a los sentimientos y emociones por medio de la palabra.

La disfonía se define como un trastorno caracterizado por la alteración de la calidad de la voz, tono, volumen o esfuerzo vocal que limita la comunicación o reduce la calidad de vida relacionada con la voz (Schwartz et al., 2009). Los síntomas vocales están presentes en el 6-23% de los niños entre los 4 y 12 años de edad y estos se deben a causas inflamatorias, infecciosas, congénitas, traumáticas, neurológicas, iatrogénicas o funcionales (Tavares et al., 2011 y Carding et al., 2006). En la mayoría de los casos, este problema no es percibido con preocupación por los padres por lo tanto no consultan de forma precoz. Tanto los niños como sus padres se “acostumbran” a esta voz alterada, siendo frecuentemente advertida por alguien externo, como el docente. Es aconsejable una temprana identificación de los trastornos de la voz pediátricos, dado que estos pueden progresar a disfunciones crónicas si no se tratan adecuadamente (Fuchs, 2009; Possamai, 2013).

■ 2. Mecanismos de producción de la voz

Para la producción de la voz se requiere la acción sinérgica de un conjunto de órganos, que pueden resumirse en el sistema nervioso, el aparato respiratorio, la laringe y el sistema de resonancia o cavidades supraglóticas.

2.1. El sistema nervioso

El papel del sistema nervioso, entendido como el responsable motor de los músculos faringolaríngeos y bucofaciales, se ubica en la parte inferior de la circunvolución frontal ascendente. De ahí las vías motrices descienden hasta el bulbo del que parten los principales nervios responsables de los movimientos del aparato fonador y, en particular, el recurrente o inervador de las cuerdas vocales. También tendrán rele-

vancia en la producción de la voz, las fibras motrices, que descienden por la médula espinal, correspondientes al aparato respiratorio (Rivas y Fiuza, 2002).

A su vez el cerebro tiene una importancia capital como controlador fonatorio, permitiendo el manejo de los distintos parámetros vocales, mediante la transmisión de mensajes al córtex auditivo y alternando dichos parámetros según la naturaleza y el grado de los estados afectivos que vive cada sujeto (Rivas y Fiuza, 2002).

2.2. El aparato respiratorio u órganos infraglotticos

El aparato respiratorio proporciona el aire necesario para que se produzca el sonido. Está formado por el diafragma, los músculos intercostales, los pulmones, los bronquios y la tráquea. De los dos momentos de los que consta la respiración (inspiración y espiración) el más importante de cara a la producción de la voz es el segundo. En la espiración el diafragma se eleva y las costillas bajan, y en consecuencia, el aire introducido en los pulmones durante la inspiración, es expulsado, pasando por los bronquios y la tráquea, y llegando a la cavidad glótica o laríngea (Peña-Casanova, 2002).

2.3. La laringe u órganos glóticos

La laringe es el órgano donde nace el sonido. Es un caja cartilaginosa que se abre hacia arriba en la faringe y abajo en la tráquea. Sus funciones vitales son proteger los pulmones de cualquier cuerpo extraño, facilitar al organismo la limpieza de las vías respiratorias mediante la tos, retener el aire en la caja torácica y, por último, permitir la compresión del contenido abdominal en el momento de la defecación, la micción o el parto (Peña-Casanova, 2002).

La laringe (Figura 1) está constituida por cuatro cartílagos (cricoides, tiroides y dos aritenoides) que se encuentran alrededor de las cuerdas vocales y hacen que éstas dejen pasar el aire con mayor o menor dificultad. Las cuerdas vocales son dos músculos elásticos que se encuentran localizados horizontalmente y que en la parte anterior se juntan y se unen al cartílago tiroides, y por la parte posterior se encuentran insertadas en los cartílagos aritenoides. Cuando los dos aritenoides se separan las cuerdas también quedan separadas por la parte posterior, y la forma que resulta, es la de un triángulo. Este espacio triangular que se forma cuando las cuerdas están separadas se denomina glotis (Peña-Casanova, 2002).

Las cuerdas vocales suponen el primer obstáculo que se puede encontrar el aire cuando sale de los pulmones. Cuando respiramos en silencio, las cuerdas vocales están relajadas y la glotis, está abierta, de manera que el aire sale sin encontrar resistencia en la laringe. Sin embargo, cuando hablamos, las cuerdas vocales se acercan, la

glotis está cerrada y el aire no sale libremente, por lo que tiene que vencer la resistencia de las cuerdas, abriéndolas ligeramente y produciendo la vibración de las mismas (Peña-Casanova, 2002), como se observa en la Figura 2.

Figura 1. La laringe (imagen de: <https://www.clinicadam.com/imagenes-de-salud/19708.html>)

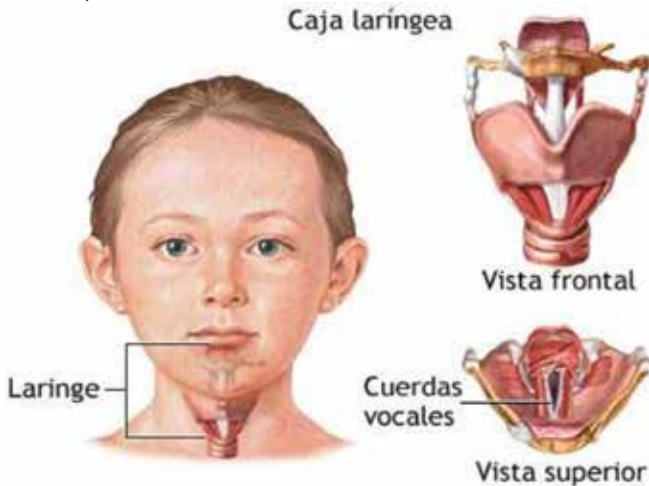
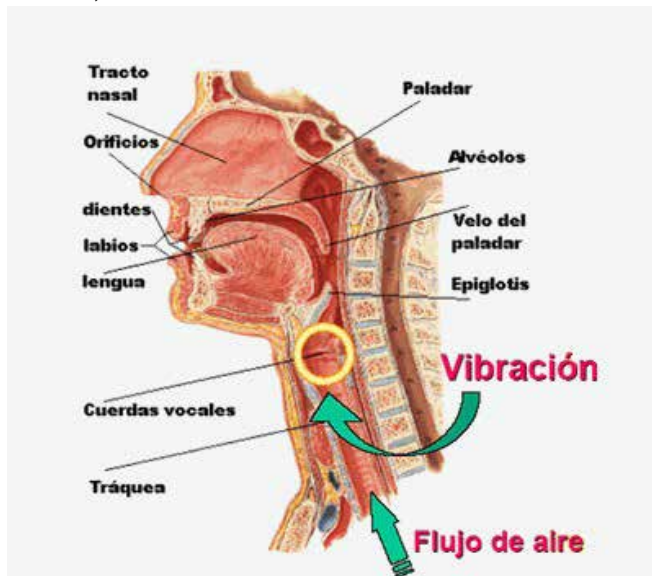


Figura 2. Vibración cuerdas vocales. (Imagen de: <http://www.melotecavirtual.es/secundaria.html>)



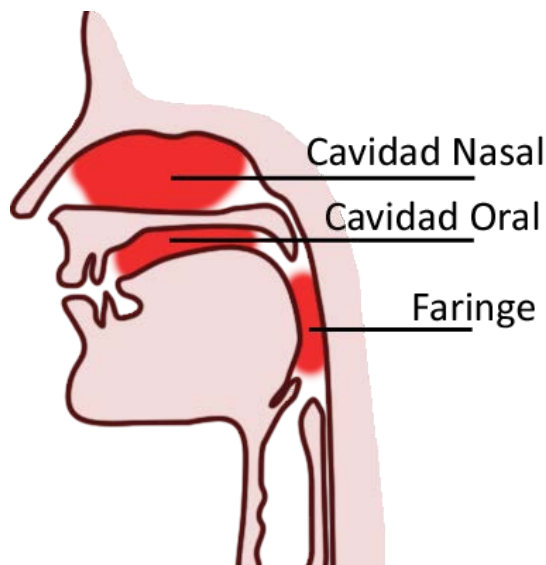
La laringe infantil es más pequeña y se ubica en una posición más alta que en el adulto, con el cricoides a nivel de la vértebra C3-C4. La epiglotis tiene una forma curva (en omega). Las cuerdas vocales son más cortas y tienen una proporción diferente. En el adulto los 2/3 anteriores del pliegue vocal tienen función fonatoria y el 1/3 posterior tiene función respiratoria. En cambio en el niño esta proporción es 1/1 (Dalal et al., 2009).

2.4. Órganos supraglóticos o cavidades de resonancia

El sonido primitivo que se produce al vibrar las cuerdas vocales se caracteriza por la falta de timbre y color. Se denomina sistema de resonancia al conjunto de cavidades que el sonido producido en la laringe atraviesa antes de salir al exterior por el orificio bucal, siendo éstas las encargadas de proporcionarle lo que le falta, es decir el timbre, el color, la riqueza y la amplitud (Rivas y Fiuza, 2002).

Las cavidades de resonancia u órganos supraglóticos son: la cavidad faríngea, la bucal y las fosas nasales (Figura 3). Todas ellas deben ser anchas y estar bien aireadas, dándose una buena movilidad de las partes blandas o móviles (como el velo del paladar, la lengua o los labios), para permitir así agrandar el sonido y lograr la mejor calidad de sonido con el mínimo esfuerzo posible (Peña-Casanova, 2002)

Figura 3. Cavidades de resonancia (imagen de: <http://www.arthuribanez.com/resonadores/>)



■ 3. Etiología y factores de riesgo de disfonía en edad escolar

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en las escuelas han reportado una incidencia de disfonía infantil entre 6 y 23,4% dependiendo de la ubicación de la escuela, de diversos aspectos y un gran número de consideraciones metodológicas (Madruga, 2001).

La etiología de la disfonía infantil puede variar pudiendo ser por enfermedades auto-limitantes tales como laringitis viral aguda, hasta lesiones potencialmente mortales, tales como tumores y estenosis laríngea. Sin embargo, en promedio el 70% de los niños presentan nódulos vocales. El pico de incidencia se produce entre 5 y 10 años, con una mayor tendencia del sexo masculino probablemente por la demanda social hacia un comportamiento más agresivo que las mujeres (Madruga, 2001).

De forma más detallada encontramos, por tanto, la siguiente etiología en la disfonía en la población pediátrica (Olavarría y Cortez, 2014):

- Disfonía Funcional: generalmente asociado a mal uso/abuso del sistema vocal, en la que pueden identificarse factores psicológicos involucrados y que pueden desencadenar lesiones benignas si no se maneja a tiempo la condición.
- Orgánica de base funcional: son lesiones anatómicas benignas de la laringe, desencadenadas por abuso/mal uso vocal, destacando los nódulos vocales, pólipos, quistes submucosos, edema de Reinke y úlcera/granuloma cordal.
- Orgánica: la que se debe a patologías como papilomatosis laríngea recurrente juvenil, parálisis cordales o alteraciones estructurales mínimas (AEM).

Como factores de riesgo para el desarrollo de disfonía en niños se incluyen (Dalal et al., 2009): hipoacusia, infecciones del tracto respiratorio, alergias, reflujo laringofaríngeo, familias numerosas, habitar en un hogar ruidoso, empleo de un tono inapropiado, postura inadecuada o tensión muscular faringolaríngea excesiva.

El fonotrauma puede ocurrir también debido a factores psicosociales como la hiperactividad o impulsividad, o debido a historia de llanto excesivo, siendo esto frecuente en la población pediátrica (Hamdan et al., 2009). Durante el juego, los niños suelen aumentar la intensidad de la voz, con mayor esfuerzo y tensión muscular cervical. Además, la excesiva demanda vocal, la competencia por ganar el espacio para hablar, la tos persistente y el carraspeo, son todos posibles fenómenos que explicarían la prevalencia de disfonía infantil (Olavarría y Cortez, 2014).

■ 4. Técnicas básicas de rehabilitación en la disfonía

Si bien en un grupo minoritario de pacientes pediátricos el tratamiento será primordialmente quirúrgico (papilomas laríngeos, quistes submucosos, entre otros), en la mayoría el tratamiento irá enfocado a manejar los fenómenos de hiperfunción laríngea y mal uso vocal (Olavarría y Cortez, 2014). En este último caso la terapia consistirá en dos aspectos fundamentales: la higiene vocal y la reeducación de la técnica vocal.

4.1. Medidas preventivas o de higiene vocal

La higiene vocal constituye un pilar básico en cualquier tratamiento de educación y/o reeducación de la voz. Pueden servirse de ella tanto aquellos que no presentan problemas de voz pero desean preservar su calidad vocal, como quienes sufren un deterioro de la misma, por lo que conviene aplicarlo en el aula y promoverlo en las familias. Se trata de un conjunto de recomendaciones que suponen, por un lado, una gran ayuda para una voz sana y, por el otro, agilizan una más pronta recuperación cuando la voz está deteriorada.

Para llevar a cabo una adecuada Higiene Vocal en la Escuela, debemos tener en cuenta que hay que promover o evitar en cada caso una serie de hábitos (Peña-Casanova, 2002):

- La **exposición al tabaco** en todos los casos es perjudicial para la voz y por tanto debe suprimirse o disminuirse en la medida de lo posible en los niños y niñas con problemas vocales.
- Son nocivos para la voz la **ingesta de comidas o bebidas** demasiado frías o demasiado calientes.
- Las **bebidas estimulantes** originan taquicardia, lo cual aumenta el nerviosismo y puede influir en el ritmo respiratorio, perjudicando la coordinación fonorrespiratoria.
- **No dormir** de forma adecuada, bien por escasez de horas o por presentar sueño intranquilo, repercute desfavorablemente en la voz.
- No es recomendable la utilización de **prendas** (cinturones, pantalones, camisas,..) que dificulten la realización de inspiraciones y espiraciones adecuadas.
- Las **inspiraciones** siempre que sea posible deben ser nasales y no bucales.
- En la medida de lo posible debemos evitar los **cambios bruscos de temperatura**, intentando protegernos contra ellos.

- La **posición corporal** debe cuidarse también: la columna vertebral, la cintura escapular, la caja torácica, la pelvis y las extremidades aseguran la postura, verticalidad y equilibrio adecuados favoreciendo la función vocal.

Además en el aula se deben tener en cuenta una serie de pautas referentes al uso vocal como son (Rivas y Fiuza, 2002):

- Debe evitarse la tos, el carraspeo, los estornudos ruidosos, sonarse la nariz con **excesiva fuerza** manteniendo las fosas nasales ocluidas, y las risas extemporáneas. Todos estos aspectos pueden condicionar sacudidas violentas de la musculatura laríngea e irritaciones de los repliegues vocales.
- No se debe **hablar en exceso**, ni mucho menos forzar la voz cuando se padezcan procesos catarrales de vías respiratorias altas (rinitis, faringitis, laringitis).
- Deben evitarse los **chillidos y los gritos**, así como hablar con un ritmo inadecuado, intensidad anómala y tono no ajustado a las características de cada uno.
- Eludir hablar en un **estado emocional intenso** (miedo, estrés, ansiedad) ya que al influir sobre el soplo fonatorio hace perder elasticidad a la voz.

Por último, dentro de este apartado, debemos tener presente que una buena voz requiere un cuerpo sano y por tanto todo lo que se haga para mantener y fomentar una buena salud corporal beneficiará a aquella.

4.2. Reeducción de la técnica vocal

En aquellos casos que esté indicada la rehabilitación foniátrica es importante saber que antes de iniciarla es necesario un informe otorrinolaringológico para conocer el estado de la laringe. Todo niño o niña con disfonía persistente de más de dos semanas debiera ser evaluado por el especialista. Esto, considerando que la causa más frecuente de disfonía aguda en niños y adultos corresponde a laringitis aguda viral, que por lo general se resuelve en un periodo inferior a 14 días. En la evaluación de la disfonía debe realizarse un examen otorrinolaringológico completo, que incluya el examen de oídos y audición. Este debe ser complementado con la evaluación del niño o niña y de sus padres respecto de la percepción de la voz (Olavarría y Cortez 2014). Además en la escuela hay que tener en cuenta que si bien el síntoma de presentación característico en un trastorno de la voz es la “ronquera”, un paso clave en su evaluación es distinguir si el niño o niña presenta un problema de la voz, del habla, de la articulación o del lenguaje (Carding et al, 2009, Possamai et al, 2013, Dalal et al, 2009, Hamdan et al, 2009).

En los casos en los que esté recomendado el tratamiento logopédico se llevará a cabo la reeducación de la técnica vocal. Ésta se caracteriza por la ordenación de una serie de ejercicios conducentes a obtener un mayor rendimiento de las cualidades sonoras de que se dispone, conseguir un mayor dominio en la emisión del sonido y su resonancia, y evitar el cansancio físico y la reducción de la potencia de la voz (Basterra, 2004). Tiene como finalidades:

- Educar la respiración para que sea eficaz en la fonación.
- Aumentar la elasticidad de las cuerdas vocales y su correcto funcionamiento.
- Aumentar la agilidad y elasticidad de los órganos de la articulación y de las cavidades de resonancia.

Para ello será importante llevar a cabo: técnicas de relajación, técnicas de respiración, control de la postura y emisión vocal adecuada.

A) Técnicas de Relajación

Con frecuencia, antes de centrar una actuación terapéutica en un órgano enfermo, con el propósito de reducir o eliminar las tensiones que presenta, se obtienen mejores resultados relajando todo el cuerpo. De hecho, toda tirantez o tensión muscular bloquea la respiración y la eliminación de dicho bloqueo provoca una mejora o normalización en el estado respiratorio (Rivas y Fiuza, 2002).

El objetivo de la relajación es aprender a reconocer y controlar de un modo consciente el tono muscular, especialmente de las tres zonas más susceptibles de hipertensión: cabeza, nuca y hombros (Rivas y Fiuza, 2002).

Los recursos con los que se cuentan para conseguir restaurar el tono muscular de cabeza, nuca, hombros, así como de todo el cuerpo son:

- Técnicas directas de relajación: Masaje, manipulaciones, movilizaciones, y estiramientos. El masaje laríngeo en una terapia vocal se caracteriza por la búsqueda de acciones manuales que liberan tensiones musculares en los hombros y el cuello. Por tanto, se realizará de forma suave y lenta, con movimientos circulares, dirigidos en sentido descendente hacia los hombros y ascendente hacia el cuello.
- Técnicas indirectas de relajación: Existen numerosas técnicas de relajación, pero las más conocidas son:
 - **Entrenamiento autógeno de Schultz**: consiste en obtener progresivamente una relajación general de los músculos, a través de la sensación de

calor y peso, para llegar a un estado de desconexión a partir de la autosugestión (Rivas y Fiuza, 2002).

- **Relajación muscular progresiva de Jacobson:** se trata de concentrarse en un área específica del cuerpo, pasando de una brusca contracción de la misma a una relajación intencionada. Se van ejercitando diferentes partes del cuerpo, desde los dedos de los pies y hasta musculaturas más proximales, acabando en los músculos faringolaríngeos.

Cuando se trate de niños o niñas más pequeños, hay otro tipo de técnicas de relajación más sencillas como son:

- **Relajación por el tacto:** el niño o niña en una posición cómoda, se trata de pasar los dedos por la zona que interese relajar, en este caso la zona faringolaríngea.
- **La marioneta:** movilizar partes del cuerpo del niño o niña como si fueran una marioneta, moviéndole las piernas, los brazos, la cabeza.
- **El soldado de plomo:** de pie el niño o niña ha de ir tensando su cuerpo como si fuera un soldado (inspira) y luego relajando como si fuera de chicle (espira).
- **Relajación caminando:** comienza a caminar, cuando escuche “ALTO, TENSA”, se ha de quedar quieto como una estatua, cuando escuche “ADELANTE, RELAJA”, afloja el cuerpo y continúa caminando.

B) Técnicas de Respiración

Uno de los componentes más importantes para una adecuada fonación es la respiración. En un patrón respiratorio correcto, la inspiración debería ser siempre nasal, para hacer que el aire se caliente y humedezca convenientemente. La espiración puede ser nasal, cuando no hay fonación, y oral cuando se está hablando.

Según los elementos que se pongan en funcionamiento durante la inspiración, se diferencian tres tipos de respiración (Basterra, 2004):

- **Respiración clavicular o costal superior:** Este tipo de respiración se caracteriza por una expansión de la parte superior del tórax durante la inspiración, junto con una elevación de los hombros. Al ascender las clavículas y los hombros, se acorta la musculatura del cuello, fijando la laringe en una posición tensa y suprimiendo consecuentemente la fisiológica movilidad que necesitan los músculos y cartílagos laríngeos que intervienen en la fonación. Por el

contrario la correcta y natural producción de la voz exige la total relajación de hombros y cuello, para permitir el libre juego de las diferentes estructuras anatómicas laríngeas. Por tanto este tipo de respiración es inadecuado para la función fonatoria.

- Respiración torácica: En este caso durante la inspiración se produce una expansión de toda la pared torácica. Este tipo respiratorio es frecuentemente usado por gran parte de la población, sin embargo, no es suficiente para actividades vocales intensas.
- Respiración costodiafragmática: Durante la inspiración se aprecia una gran movilidad lateral de las costillas inferiores y parte superior del abdomen. Es el tipo más fisiológico y más recomendable para la fonación.

En la rehabilitación foniátrica es indispensable aprender a respirar naturalmente, es decir, tratar de restablecer y regular este proceso despertando la conciencia y la necesidad de hacerlo correctamente.

Los ejercicios partirán de la toma de conciencia de cuál es la forma en que se respira, para, a continuación, realizar las modificaciones adecuadas hasta lograr una respiración natural y eficiente para la fonación (Rivas y Fiuza, 2002):

- Toma de conciencia de la respiración: el niño o niña en decúbito supino, colocará una mano encima del tórax y otra encima del abdomen, fijándose en qué parte del cuerpo asciende cuando toma aire y qué parte desciende cuando lo expulsa.
- Respiración costodiafragmática: una vez se ha tomado conciencia de la respiración errónea, se trata de indicar al niño o niña que durante la toma de aire, la mano del tórax apenas se mueva, mientras que la del abdomen ascienda durante la inspiración. Luego se le pide que espire lentamente, relajando el abdomen.
- Respiración nasal: se inspira por la nariz derecha y se expira por la izquierda, a continuación se realiza a la inversa. El dedo índice de una de las manos se coloca entre las cejas y con los dedos pulgar y medio se taponan las narinas según correspondan.
- Respiración costodiafragmática controlada: una vez que se interioriza la respiración correcta, el paso siguiente se centra en dirigirla al habla, es decir realizar una inspiración nasal y una espiración bucal. Se pedirá al paciente que inspire y retenga el aire unos segundos dentro de los pulmones, lo espire por la boca y permanezca quieto otra vez antes de volver a inspirar.

C) *Control de la postura*

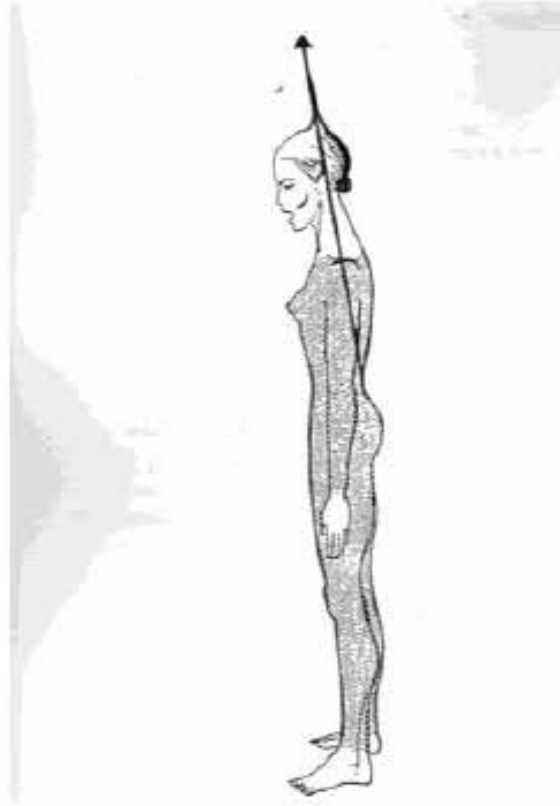
La libertad de movimientos del habla puede verse limitada por la mala alineación del cuerpo. La voz es una energía sonora que debe proyectarse, y como tal necesita que el sujeto adopte una correcta posición, postura y actitud (Figura 4).

Es conveniente resaltar que toda la columna vertebral sirve de soporte y de anclaje a estructuras muy importantes relacionadas directa o indirectamente con órganos que participan en la fonación (Arias, 1992):

- La columna vertebral cervical: soporta la cabeza y es esencial en la correcta posición de la cintura escapular (hombros, nuca, cuello). A su vez de todo esto depende la correcta posición y movilidad de la laringe en el cuello.
- La columna vertebral dorsal: en ella se articulan las costillas y junto con el esternón y la clavícula forman la caja torácica y ésta alberga a los pulmones. También en la caja torácica se insertan los músculos de la respiración (diafragma, intercostales, etc.). Una buena estática de la columna vertebral dorsal permite una buena apertura de la caja torácica y por tanto facilita una respiración correcta y completa.
- La columna vertebral lumbar: cualquier alteración a nivel del eje vertebral como lordosis exagerada o escoliosis va a influir negativamente en la correcta disposición los elementos de la fonación, puesto que impedirá una correcta repartición de fuerzas.
- Órganos de resonancia: si hay un desajuste en la columna cervical y/o en la parte superior de la caja torácica nos influirá de forma nefasta sobre la posición y movilidad del maxilar inferior y por ende sobre la articulación temporomandibular, fundamentales en la fonación.

Algunos de los ejercicios indicados a la hora de trabajar la posición del niño o niña son (Arias, 1995):

- En decúbito supino, imaginar una línea horizontal que pase por el centro de la espalda y el cuello, como si la columna vertebral se extendiese horizontalmente.
- De pie (Figura 4), la línea que cruza el cuerpo ha de ser vertical. Cuando el cuerpo esté alineado el mentón formará un ángulo de aproximadamente 90° entre la base de la mandíbula y la cara frontal del cuello; la zona dorsal no tiene que presentar una curvatura exagerada, aunque sí una forma algo cóncava, se evitará, por tanto llevar los hombros hacia delante; la zona lumbar no debe presentar hiperlordosis, por lo que se realizará un retroversión de la pelvis, contrayendo ligeramente abdominales; y las rodillas estarán levemente flexionadas.

Figura 4. Postura correcta para proyección de voz (Arias, 1995)**D) Emisión vocal**

El aprendizaje y la práctica de los ejercicios vocales suponen abordar la última etapa de la rehabilitación foniátrica. No supone, sin embargo, que se encuentren necesariamente superadas las anteriores, porque cada ejercicio que se realiza con la voz implica también la precisión en el movimiento respiratorio, en el tono muscular y en la postura corporal (Rivas y Fiuza, 2002).

Una correcta emisión vocal es lo que se define como “impostar la voz”, es decir, colocarla en la caja de resonancia a fin de que se obtenga el máximo rendimiento fonatorio con el mínimo esfuerzo posible, evitándose que dicho esfuerzo se sitúe en las cuerdas vocales. El objetivo es, por tanto, desarrollar al máximo las posibilidades de los aparatos de resonancia, consiguiéndose sonidos llenos, homogéneos, sin vacilaciones ni temblores (Rivas y Fiuza, 2002).

Lograr la resonancia necesaria y conveniente para no forzar el aparato vocal y que el sonido sea uniforme y limpio implica dar un impulso a la voz, dirigiéndola desde el diafragma hasta los resonadores.

Una buena impostación abarca todo el cuerpo. La posición que más se presta a realizar ejercicios de emisión vocales es: en bipedestación con los pies ligeramente separados, hombros relajados, mentón a 90°, la lengua se coloca plana y acostada en la boca, tocando la arcada dentaria inferior pero sin presionarla, la boca se mantiene ahuecada, el maxilar inferior abierto y relajado, el velo del paladar elevado, los labios flexibles y preparados para una movilidad relajada.

Desde esta posición de proyección vocal, se realizarán los primeros ejercicios, que consisten en la vocalización áfona de las vocales (“moldes vocálicos”, que son las posiciones fisiológicas que deben adoptar las estructuras de resonancia para la emisión de las vocales). Las palabras deben vocalizarse, independizando los sonidos, puros o vocales, de las consonantes, para que la voz se escuche mejor y se proyecte bien (Rivas y Fiuza, 2002):

- Se comienza con la emisión del fonema /a/, después del /o/, el /u/, /e/, y finalmente el /i/. Durante esta emisión se colocarán los dedos en la protuberancia laríngea, para sentir y adquirir la sensación de laringe en reposo.
- Otro ejercicio consiste en llevar a cabo grupos de vocales:
 - /a, o, u, o, a/, donde se centra la dificultad en los movimientos de los labios (apertura y cierre).
 - /a, e, i, e, a/, en este caso la dificultad se encuentra en la elevación o descenso de la lengua.

Finalmente se unirán los sonidos vocálicos con los consonánticos y formar palabras. La vocalización conduce a la adquisición del manejo de los elementos formativos fundamentales de la voz. Cuando la respiración se ejecuta técnicamente, las posiciones son las óptimas para la resonancia y existe conciencia de la relajación de la laringe, posiblemente sea necesario corregir el ataque del sonido.

También se trabaja el ataque vocal al inicio de la fonación, que es el primer movimiento efectuado por las cuerdas vocales cuando realizamos un sonido. Este ataque puede ser suave, duro o aspirado (Rivas y Fiuza, 2002):

- Ataque suave: la vibración de las cuerdas vocales es regular en toda su longitud y comenzará antes del cierre total de la laringe.

- Ataque duro o “golpe glótico”: el inicio de la vibración coincide con un fuerte chasquido de un aritenoides contra el otro. La adducción intensa de la glotis se sigue de una separación brusca de las cuerdas vocales.
- Ataque blando o aspirado: las cuerdas vocales están en posición paramediana antes del inicio de las vibraciones, de tal forma que el sonido es precedido de un ligero ruido debido al roce del aire contra el borde de las cuerdas vocales antes de que éstas se pongan en contacto.

Los ejercicios encaminados a corregir el ataque duro pueden ser:

- Inspiraciones rápidas, insonoras, seguidas de una pequeña retención y emisión del aire con una presión suave, lenta y regular.
- Técnica de masticación: comenzar con un proceso imaginario de masticación, con la boca abierta y movimientos exagerados de la lengua. Luego, masticando de esta manera, se iniciará una fonación suave (Basterra, 2004).
- Cuando se emplea la voz: pronunciar una /h/ aspirada, utilizar una vocal (especialmente la /a/), iniciar la voz lo más dulcemente e ir aumentando la intensidad.

Por su parte el ataque blando se trabaja con una contracción del diafragma al principio de la emisión.

Otro aspecto fundamental en la rehabilitación foniátrica es el control de la velocidad del habla. La velocidad normal varía según el énfasis o la situación emocional. Cuando un niño o niña habla sistemáticamente demasiado deprisa, se produce un incremento concomitante de la tensión laríngea, generando la producción de golpes glóticos duros (Basterra, 2004).

Un ejercicio empleado para reducir la velocidad excesiva del habla consiste en leer lentamente, exagerando y alargando la duración de las vocales en las palabras (siguiendo en la pronunciación de las vocales las pautas aprendidas para la impostación de la voz) (Basterra, 2004).

Por último se debe trabajar el espectro tonal. Todas las personas tiene un tono y una amplitud o extensión de tonos para hablar, que es lo que se define como tono conversacional. Es una realidad, en la actualidad, emplear de manera habitual un espectro tonal inapropiado, demasiado grave o demasiado agudo. Por ello, dentro de la rehabilitación foniátrica es importante establecer el denominado tono óptimo, que es aquel en el que el paciente consigue una voz de máxima eficiencia con mínimo esfuerzo y tensión laríngea (Rivas y Fiuza, 2002).

Existen diferentes métodos para averiguar el tono óptimo:

- Actos emitidos de modo espontáneo: el sonido de la tos o de un bostezo.
- Emitiendo una frase usual o frecuente con la máxima naturalidad posible y que finalice en vocal (por ejemplo “¿Cómo le va?”). A continuación hay que pedirle al paciente que prolongue la /a/ final.
- También se pueden utilizar las denominadas “palabras clave” o “sonidos clave”, anteponiendo a la vocalización el sonido “um-hum”.

Es evidente, que la altura de la voz está prácticamente afectada en todos los problemas de la fonación como consecuencia de las tensiones musculares subyacentes que desplazan la laringe de su posición correcta. En principio una vez subsanadas dichas tensiones, la voz tenderá a recuperar su tomo óptimo. No obstante, es conveniente que el logopeda ayude al niño o niña a que la recuperación sea lo más consciente posible para que adquiera las sensaciones propioceptivas que implica una voz bien colocada. La terapéutica foniátrica irá dirigida a normalizar el tono mediante una correcta impostación.

■ 5. Conclusiones

La disfonía en la edad infantil suele ser un síntoma subestimado. La razón principal es que se asume que se trata de una condición benigna asociada al mal uso o abuso vocal. Si bien esto puede ser cierto en la mayoría de los casos, debe realizarse un esfuerzo desde la comunidad educativa y las familias en reconocer los síntomas y evitar que se conviertan en un problema mayor, derivando al profesional adecuado para tratarlo si es necesario.

Desde el aula se pueden realizar además algunas técnicas para mejorar la Higiene Vocal del alumnado, así como contribuir en cierta medida a la rehabilitación vocal en aquellos casos que lo requieran.

■ 6. Referencias bibliográficas

- Arias, C. (1992). Examen funcional de la fonación de la exploración foniátrica. Bases para la aplicación en logopedia. *Revista Logopedia Foniatria y Audiología*, 12 (3), 111-118.
- Arias, C. (1995). Dossier “Curso práctico sobre diagnóstico y tratamiento de las disfonías”. Barcelona: Colegio de Médicos de Cataluña y Baleares.
- Basterra, J. (2004). *Otorrinolaringología y patología cervicofacial*. Barcelona: Ed. Masson.

- Carding, P.N., Roulstone, S., Northstone, K.; ALSPAC Study Team. (2006). The prevalence of childhood dysphonia: a cross sectional study. *Journal of Voice*, 20, 623-630.
- Dalal, P.G., Murray, D., Messner, A.H., Feng, A., McAllister, J., Molter, D. (2009). Pediatric laryngeal dimensions: an age based analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 108, 1475-1479.
- Fuchs, M., Meuret, S., Sthurman, N., Schade, G. (2009). Dysphonia in children and adolescents. *HNO*, 57, 603-614.
- Hamdan, A.L., Deeb, R., Sibai, A., Rameh, C., Rifai, H., Fayyad, J. (2009). Vocal characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Voice*, 23:190-194.
- Madruga, E.C., Marcos, F., Brasil, O., Behlau, M., Pitaluga, A.C.A., Madruga, D. (2001). Disfonía infantil: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringología*, 67 (6), 804-7.
- Olavarría Leiva, C., Cortez Villagrán, P. (2014). Evaluación y diagnóstico de la disfonía en niños. *Neumología Pediátrica*, 9 (3), 75-79.
- Peña-Casanova, J. (2002). *Manual de Logopedia* (3ª ed). Barcelona: Masson S.A.
- Possamai, V., Hartley, B. (2013). Voice disorders in Children. *Pediatric Clinics of North America*, 60, 879-892.
- Rivas Torres, R.M., Fiuza Asorey, M.J. (2002). La voz y las disfonías disfuncionales. Madrid: Ed. Pirámide.
- Schwartz, S.R., Cohen, S.M., Dailey, S.H., Rosenfeld, R.M., Deutsch, E.S., Gillespie, M.B. et al. (2009). Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngology Head Neck Surgery*, 141, 1-31.
- Tavares, E.L., Brasolotto, A., Santana, M.F., Padovan, C.A., Martins, R.H. (2011). Epidemiological study of disphonia in 4-12 years old children. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77, 736-746.

Competencias en Higiene en la Educación Obligatoria. Análisis de los currículos oficiales (BOE y DOCV)

Lucía Fernández-Manzano, Cristina Sendra, Valentín Gavidia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales, Universidad de Valencia.

E-mails: luciafernandezmanzano@hotmail.com, cristina.sendra@uv.es,
valentin.gavidia@uv.es

RESUMEN: El presente trabajo trata de determinar las competencias en Higiene que debe adquirir la ciudadanía española en su paso por la enseñanza obligatoria y analizar la contribución de los currículos oficiales de la Educación Obligatoria a la adquisición de dichas competencias. Para ello se ha elaborado un instrumento de análisis que recoge nueve problemas de salud del ámbito de la Higiene así como las competencias a adquirir por el alumnado de la educación obligatoria para hacerles frente. Para su confección se efectuó un estudio Delphi y una reunión presencial de expertos en Promoción y Educación para la Salud. A partir de dicho instrumento se ha analizado si los currículos oficiales de la Educación Obligatoria propuestos por el Ministerio de Educación y por la Generalitat Valenciana, al amparo de la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006), tratan de manera adecuada las competencias en Higiene que debe adquirir el alumnado.

PALABRAS CLAVE: Higiene, Competencias, Educación para la Salud, Currículo, Educación Obligatoria.

Competencies in Hygiene in Compulsory Education. Analysis of official curricula (BOE and DOCV)

ABSTRACT: The research reported in this paper tries to determine Hygiene competencies that Spanish citizens must acquire in their compulsory stage of schooling and to analyze the contribution provided in the Spanish official curricula to acquire these competencies. To this end, an analysis instrument has been defined. This instrument includes the nine main problems in Hygiene and the competencies that students must acquire in their compulsory education to face them. In order to define this instrument, a Delphi study and a meeting of experts in Health Promotion and Education were carried out. Spanish official curricula of Compulsory Education, proposed by the Ministry of Education and the Autonomous Community of Valencia according to the Organic Education Law (LOE), have been analyzed with the Hygiene instrument in order to evaluate if they respond correctly to the competencies that students must acquire.

KEYWORDS: Hygiene, Competences, Health Education, Curriculum, Compulsory education.

ISBN: 978-84-16786-72-5

1. Introducción

Desde hace años la educación se orienta hacia algo más que la simple adquisición de conocimientos y existe un interés creciente hacia el desarrollo de competencias. Entendemos por competencia aquello que necesita una persona para dar respuesta a los problemas con los que se enfrentará a lo largo de su vida de un modo eficaz, movilizandolos componentes conceptuales (saber), procedimentales (saber hacer) y actitudinales (ser) (Gavidia et al., 2012).

En el campo de la salud resulta fundamental que la ciudadanía adquiera las competencias para hacer frente a los problemas de salud que puedan surgir a lo largo de su vida. Diremos entonces que competencia en Salud es la capacidad y la determinación de resolver los problemas relacionados con la salud personal y colectiva. Lo que implica la capacidad y el propósito de utilizar los recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos, experiencias, conductas, etc.) para resolver de forma adecuada un problema de salud individual o colectiva en un contexto definido y contribuir a crear un entorno en el que las opciones saludables sean más fáciles de tomar.

En el año 2011 se inició el proyecto de investigación COMSAL (Competencias en Salud) titulado “Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en educación para la salud durante la escolarización obligatoria”, en el que se enmarca el estudio que aquí presentamos. El objetivo de este proyecto es estudiar las competencias en salud que adquiere, y que debe adquirir, la ciudadanía española en su paso obligatorio por la escuela, así como las competencias en Educación para la Salud que alcanza el futuro profesorado de Educación Primaria y Secundaria en su paso por la Universidad española.

En el proyecto COMSAL se identificaron una serie de situaciones o problemas de salud que fueron considerados como prioritarios para tratar durante la educación obligatoria. Dichos problemas fueron agrupados en ocho ámbitos de salud: Alimentación y Actividad física, Adicciones, Salud Mental y Emocional, Sexualidad, Higiene, Accidentes, Medio Ambiente y Promoción de la Salud. El presente trabajo se ocupa del ámbito de salud de la Higiene.

En primer lugar tuvimos que concretar el significado de Higiene. Los términos Higiene y Salud Pública a menudo han sido utilizados indistintamente. Durante la segunda mitad del siglo XIX, diversos gobiernos de Europa y América del Norte crearon los primeros servicios de Salud Pública bajo la denominación de “Sanidad e Higiene Pública” con el objeto de proteger la salud. Muchas de las acciones que se emprendieron estaban relacionadas con la higiene: mejoras en las viviendas, aprovi-

sionamiento de agua potable, control de los residuos, construcción de lavaderos, de baños públicos, vigilancia en las adulteraciones de los alimentos, etc. De esta manera, se consiguió mejorar el estado de salud de la colectividad y disminuir las tasas de mortalidad (Piédrola, 2008). Las actuaciones sobre el medio y los tratamientos preventivos lograron detener las grandes epidemias y, como consecuencia, aumentó considerablemente la población de estos países. Terris (1980) denominó esta etapa como la “primera revolución epidemiológica”.

Actualmente, ambos términos han adquirido distintos significados. Si atendemos al *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina* (Dorland, 2003), la Higiene se define como la “ciencia de la salud y su conservación” mientras que la Salud Pública se define como el “campo de la medicina que se ocupa de la atención y el mejoramiento de la salud de la comunidad considerada globalmente”. En la misma línea, el glosario de Promoción de la Salud de la OMS (1998) define Salud Pública como “la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad, y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”. Es decir, la Salud Pública implica acciones impulsadas desde las distintas administraciones de gobierno.

Nosotros hemos optado, de acuerdo con Viñao (2010), por definir Higiene como el “conjunto de principios y prácticas tendentes a preservar la salud” orientadas “a mantener el cuerpo en buen estado físico y a evitar enfermedades”. Prevención y mantenimiento de la salud conforman lo que entendemos por Higiene. Mientras que Promoción de la Salud, tal y como aparece definido en el glosario de la OMS (1998), es “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”.

Por lo tanto, la Salud Pública implica acciones de gobierno relacionadas tanto con la Higiene (mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad) como con la Promoción de la Salud (incremento de la salud). Por su parte, la Higiene no sólo protege a quién la ejercita sino que es imprescindible para la prevención de las enfermedades y el mantenimiento y la promoción de la salud de la sociedad en su conjunto.

¿Qué tipo de conductas se relacionan con la Higiene? Todo aquello relacionado con el mantenimiento de la piel -la barrera que delimita y protege nuestro cuerpo- fácilmente lo relacionamos con lo denominamos Higiene: lavarse las manos, los dientes, ducharse, etc. También resulta indiscutible identificar como higiénicos algunos comportamientos relativos a la alimentación, como son la conservación y la manipulación de alimentos, y aquellas acciones que procuran evitar el contagio de enfermedades infecciosas: vacunarse, el uso del pañuelo ante los golpes de tos, el cuidado con los animales domésticos, etc. Sin embargo, hay otros comportamientos que parecen me-

nos relacionados con la Higiene -como el cuidado en la adopción de determinadas posturas o en la realización de determinados movimientos corporales, la prevención de determinadas enfermedades como el cáncer- y que, no obstante, requieren de actuaciones que pueden incluirse también en el ámbito de la Higiene puesto que están dirigidas al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Resulta de enorme importancia que los ciudadanos incorporen en sus comportamientos cotidianos medidas relacionadas con la Higiene. Basta recordar: las tasas de incidencia de enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis, la neumonía, la tos ferina, la gripe y las enfermedades de la infancia como el sarampión, la rubéola o la varicela; los elevados índices de enfermedades parasitarias (sobre todo entre niños con edades comprendidas en los 6 y 10 años): lombrices intestinales, piojos, etc.; las infecciones de transmisión sexual (ITS) que continúan siendo una importante causa de enfermedad, infertilidad, discapacidad aguda y muerte; las elevadas tasas de prevalencia de la caries infantil; los casos de intoxicaciones alimentarias; y, finalmente, el cáncer, una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, que podría en parte prevenirse ya que al menos un 30% de las muertes por cáncer están relacionadas con cinco factores de riesgo comportamentales: índice de masa corporal elevado, consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol.

Los hábitos de higiene deben desarrollarse durante la infancia y la adolescencia y para ello resulta fundamental la educación recibida en la familia y la escuela. En este sentido, es esencial abordar la Higiene en las escuelas e integrarla en el trabajo diario del profesorado. Por todo esto, consideramos de especial importancia aproximarnos a la realidad escolar y estudiar el tratamiento que se le concede en la escuela a los temas de Higiene.

■ 2. Metodología

El proyecto de investigación COMSAL tuvo como primer objetivo la elaboración de un instrumento que recogiera las competencias en salud, los problemas/situaciones de salud prioritarios y los contenidos competenciales que deberían tratarse a lo largo de la educación obligatoria. Posteriormente, este instrumento fue utilizado para el análisis de las propuestas oficiales de los currículos con la finalidad de comprobar hasta qué punto las distintas administraciones habían tenido en cuenta las competencias en salud para su elaboración.

El diseño del instrumento de análisis se realizó en tres fases: 1- Identificación de los problemas o situaciones relativas a la salud que debe conocer el alumnado y pro-

puesta inicial de desarrollo de competencias; 2- Estudio Delphi para consensuar la propuestas de competencias para cada ámbito de salud; y 3- Reunión de expertos para consensuar los resultados obtenidos por el método Delphi.

Primera Fase: Los miembros del equipo COMSAL determinaron los problemas o situaciones de salud a los que se debería atender desde la enseñanza obligatoria. Para ello se revisó la literatura en la que aparecen recomendaciones y propuestas de los organismos internacionales, nacionales y gobiernos autonómicos sobre los problemas prioritarios de salud. De este modo, se obtuvo un listado de problemas o situaciones prioritarias de salud que fueron agrupados en ocho ámbitos de salud, entendidos como “las situaciones, contextos o entornos donde podemos encontrar un conjunto de problemas de salud relacionados entre sí, y sobre los que se puede actuar de forma conjunta” (Gavidia et al., 2012). Entre estos ocho ámbitos de salud se encuentra la Higiene. En el ámbito de la Higiene (así como en el resto de ámbitos de salud), los miembros del equipo COMSAL establecieron los contenidos competenciales (conocimientos, procedimientos y actitudes) necesarios para enfrentarse a cada uno de los problemas del ámbito de la Higiene y, finalmente, se definió la competencia en Higiene considerando sus tres dimensiones: saber, saber hacer y saber estar y ser.

Segunda Fase: Durante el año 2102, esta propuesta del grupo investigador se sometió a juicio de expertos externos siguiendo una metodología Delphi de dos rondas. Se propuso a los expertos que calificaran cada uno de los ítems de la propuesta (competencias de los distintos ámbitos de salud y contenidos competenciales necesarios para su desarrollo) siguiendo una escala Likert de 5 puntos. El primer envío del cuestionario se realizó a 113 personas expertas. Para el segundo envío se aumentó la muestra a 160 expertos, procurando conseguir al menos 10 opiniones externas para cada ámbito de salud, basándonos en las recomendaciones de Okoli y Pawlowski (2004). En el ámbito de la Higiene, fueron 13 los expertos que llegaron a la segunda ronda Delphi. Para el análisis de los resultados se calculó la Media (M) y la Desviación Típica (DT) obtenida en cada ítem, determinando de esta forma la importancia concedida y el grado de consenso suscitado en cada uno de ellos.

Tercera Fase: Con los resultados obtenidos se organizó la Reunión de Expertos en Promoción y Educación para la Salud (marzo, 2013) en la Facultad de Magisterio de la Universitat de València. En esta reunión, los asistentes debatieron, junto a los miembros del grupo de investigación COMSAL, los datos de los cuestionarios hasta llegar a consensos en los enunciados y valoraciones generales. Las competencias y los contenidos competenciales de cada ámbito de salud se valoraron teniendo en cuenta

la puntuación otorgada a cada ítem (1= muy en desacuerdo y 5= muy de acuerdo) y la Desviación Típica. La valoración utilizó las siglas SIP (sustancial, importante y prescindible), atendiendo a los siguientes criterios: $4 \leq M - DS \leq 5 = S$ (Sustancial o Necesario); $3 \leq M - DS < 4 = I$ (Importante) y $M - DS < 3 = P$ (Prescindible). La Reunión de Expertos concluyó con el diseño definitivo del instrumento de análisis del ámbito de la Higiene y de los demás ámbitos de salud.

Un vez elaborados estos instrumentos para cada uno de los ámbitos de salud, se procedió al análisis de las propuestas oficiales de los currículos con la finalidad de comprobar hasta qué punto las distintas administraciones habían tenido en cuenta las competencias en salud. En el ámbito de la Higiene se ha utilizado como muestra de estudio los currículos prescriptivos de la Ley Orgánica de Educación (LOE) que aparecen en el BOE (2006) como enseñanzas mínimas en Educación Primaria y Secundaria Obligatoria, y los decretos curriculares que establece el Gobierno Valenciano a través del DOCV (2007).

Para llevar a cabo el análisis curricular, se procedió a la lectura de los currículos y se anotaron los elementos del currículo (objetivos, contenidos y criterios de evaluación), que hacían referencia a los distintos contenidos competenciales definidos en el instrumento de análisis. Se diferenció entre los elementos del currículo que contribuían a la adquisición de un contenido competencial de forma inequívoca (asignando a éstos un asterisco) y los elementos de currículo que posibilitaban trabajar un contenido competencial de forma relacionada (dependiendo ya de otros niveles de concreción curricular). El análisis fue consensuado entre dos personas del grupo de investigación y sus resultados revisados por un tercer investigador. Posteriormente, se efectuó el recuento de las aportaciones curriculares a la adquisición de las competencias en Higiene.

■ 3. Resultados

Los problemas o situaciones de salud relativos al ámbito de la Higiene prioritarios en la población española y consensuados para ser abordados durante la educación obligatoria fueron nueve: higiene bucodental, higiene corporal, enfermedades infecciosas, parasitismo, alergias, cáncer, higiene postural, higiene sexual e higiene de los alimentos.

En la tabla 1 se presenta la definición general de competencia en Higiene y su desglose atendiendo a las tres dimensiones que la integran: saber, saber hacer y saber ser.

La tabla 2 recoge los nueve problemas/situaciones de salud relacionados con la Higiene y los distintos contenidos competenciales necesarios para adquirir las competencias

en Higiene en la educación obligatoria. En tipo de letra negrita se muestran los contenidos competenciales considerados necesarios o sustanciales y en tipo de letra normal los contenidos considerados importantes. Aquellos contenidos que fueron considerados como prescindibles no aparecen.

Tabla 1. Competencia en Higiene: saber, saber hacer y saber ser

Competencia: “Desarrollar y mantener pautas de higiene diaria que prevengan la aparición de enfermedades y mejoren la calidad de vida”.
Saber: Las medidas necesarias para el cuidado del cuerpo y las consecuencias de no hacerlo. Los agentes que pueden producir enfermedades y sus vías de transmisión.
Saber hacer: Desarrollar las pautas de conducta necesarias para mantener una higiene corporal y ambiental correcta. Utilización adecuada de los servicios médicos.
Saber ser: Evitar ser un agente vector en la transmisión de enfermedades. Desarrollar estrategias para mejorar la salud personal y ambiental.

Tabla 2. Problemas/situaciones relacionados con la Higiene. Contenidos competenciales necesarios para adquirir las competencias

Situación problemática 1: Ante la Higiene Bucodental
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y funciones de las estructuras bucodentales. • Enfermedades relacionadas con problemas bucodentales (caries, gingivitis, etc.). • Factores de prevención. Higiene y cuidados de la lengua, encías y dientes. • Influencia de la alimentación en el mantenimiento de una boca sana.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los elementos que causan daño a la salud bucodental (mala nutrición, tabaco, ausencia de un correcto cepillado, etc.). • Hacer buen uso de los utensilios destinados al cuidado e higiene de la boca (cepillos, seda dental, etc.).
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de los hábitos necesarios para mantener una boca sana. • Generar hábitos dietéticos adecuados que eviten el exceso de productos azucarados. • Apreciar la necesidad de acudir al dentista de manera regular. • Tomar conciencia de las repercusiones de una mala higiene bucodental.

Situación problemática 2: Ante la Higiene Corporal
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y fisiología de la piel y de los órganos de los sentidos. • Normas higiénicas para mantener una vida saludable (limpieza corporal, de la ropa, calzado, etc.). • El peligro de los piercings y tatuajes. • Consecuencias de no mantener una correcta higiene diaria.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características de las distintas prendas de vestir con su uso adecuado y su relación con las estaciones del año. • Saber llevar a cabo las prácticas de higiene corporal.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de una correcta higiene corporal. • Tomar conciencia de los riesgos de no tener hábitos de higiene. • Reconocer en el uso adecuado de la ropa, un elemento que favorece la aceptación de los demás y la de uno mismo.
Situación problemática 3: Ante las Enfermedades Infecciosas
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de infección, sus fuentes y mecanismos de transmisión. Principales enfermedades infecciosas actuales. • Medidas preventivas para evitar el contagio. Ejemplo: la vacunación. • Funcionamiento básico del sistema inmunológico.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los síntomas de una infección. • Identificar las medidas de salud pública que permiten aminorar la transmisión de enfermedades infecciosas. • Analizar la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas en diferentes países.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia de la repercusión de las enfermedades infecciosas y su transmisión. • Desarrollar conductas responsables que eviten la transmisión de enfermedades. • Valorar las medidas de salud pública y acudir a los servicios médicos cuando sea necesario. • Sensibilidad y solidaridad ante enfermedades de especial incidencia en países en vías de desarrollo.
Situación problemática 4: Ante el Parasitismo
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de parasitismo. Principales parásitos que afectan al ser humano, por ejemplo lombrices, tenias y piojos. • Reservorios y vías de entrada del parásito. • Medidas de higiene que evitan contagios.

Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las medidas de higiene que permiten prevenir el contagio de parásitos (lavado de manos, cabellos, preparación de alimentos, etc.) • Saber aplicar las medidas higiénicas apropiadas en la relación con animales domésticos.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar conductas responsables frente a posibles contagios • Introducir en la vida cotidiana personal y ambiental las medidas de higiene adecuadas.
Situación problemática 5: Ante las alergias
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de alergia. Principales alérgenos (pelos, alimentos, polvo, etc.). • Síntomas que producen las alergias
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Saber aplicar medidas de higiene para minimizar los efectos de las alergias. • Relacionar las épocas estacionales con la aparición de las alergias más comunes. • Identificar los ingredientes que pueden producir las alergias en las etiquetas, los menús, la bolsa de la compra, etc.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición a realizar labores de limpieza en el hogar que contribuyan a la higiene ambiental. • Estar alerta ante las propias respuestas y las del entorno ante posibles alérgenos.
Situación problemática 6: Para la prevención del cáncer
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de cáncer. • Factores de riesgo: genética, medio ambiente, estilos de vida. • Medidas de prevención y detección de cáncer.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las pautas de comportamiento apropiadas para minimizar los riesgos de la aparición del cáncer. • Analizar los principales factores ambientales presentes en el entorno próximo que puedan inducir a la aparición de cáncer.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar estilos de vida saludables que pueda prevenir el cáncer. • Tomar conciencia de la importancia de realizar revisiones periódicas para la posible identificación temprana del cáncer y acudir a los servicios médicos cuando sea necesario.

Situación problemática 7: Ante la Higiene Postural
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y fisiología del aparato locomotor (sistemas esquelético y muscular). • Enfermedades relacionadas con el aparato locomotor (desviaciones de la columna vertebral, hernias, esguinces, roturas, etc.). • Medidas de prevención. Hábitos posturales adecuados y actividad física.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los elementos que inciden negativamente en el aparato locomotor (adopción de malas posturas, realización de movimientos incorrectos, sedentarismo, obesidad, etc.) • Reconocer y utilizar las medidas adecuadas para evitar la aparición de patologías relacionadas con el aparato locomotor.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Adquisición de los hábitos posturales adecuados, tomando conciencia de las repercusiones de una mala higiene postural. • Valorar los beneficios derivados de la realización de actividad física.
Situación problemática 8: Ante la Higiene Sexual
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía y fisiología de los aparatos genitales femenino y masculino. • Medidas de higiene sexual. • Las ETS, vías de contagio y sus consecuencias para la salud. • Métodos de protección frente a las ETS.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Practicar autoexámenes de los testículos después del baño y la autoexploración mamaria regularmente para el diagnóstico precoz de enfermedades. • Utilizar las medidas necesarias para llevar a cabo una adecuada higiene genital diaria (ducha diaria así como lavar y secar bien los genitales). • Reconocer la aparición de síntomas ligados a infecciones (olores fuertes, picazón o ardor). • Utilizar los métodos de protección necesarios frente a las ETS.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia de la importancia de realizar revisiones periódicas y acudir a los servicios socio-sanitarios ante cualquier duda. • Tomar conciencia de la importancia de llevar a cabo una adecuada higiene genital para evitar infecciones. • Tomar conciencia de los riesgos para la salud que conllevan las relaciones sexuales no seguras.
Situación problemática 9: Ante la Higiene de los alimentos
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de higiene alimentaria. • Principales Enfermedades de Transmisión Alimentaria. Concepto de infección e intoxicación alimentaria. • Métodos de prevención de las Enfermedades de Transmisión Alimentaria. • Medidas básicas ante posibles infecciones e intoxicaciones alimentarias.

Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores que producen enfermedades derivadas del tratamiento de los alimentos (temperatura inadecuada en la conservación, falta de limpieza, cocción insuficiente, manipulaciones incorrectas, etc.) • Reconocer los síntomas ante posibles infecciones e intoxicaciones alimentarias (náuseas, dolor abdominal, vómitos, diarrea, fiebre, etc.) • Reconocer alimentos en mal estado. • Llevar a cabo medidas adecuadas de higiene en la conservación y manipulación de los alimentos.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necesidad de poner en práctica las normas básicas de higiene alimentaria. • Tomar conciencia de la importancia de la fecha de caducidad y consumo preferente de los alimentos. • Introducir en la vida diaria hábitos de una correcta conservación y manipulación de los alimentos.

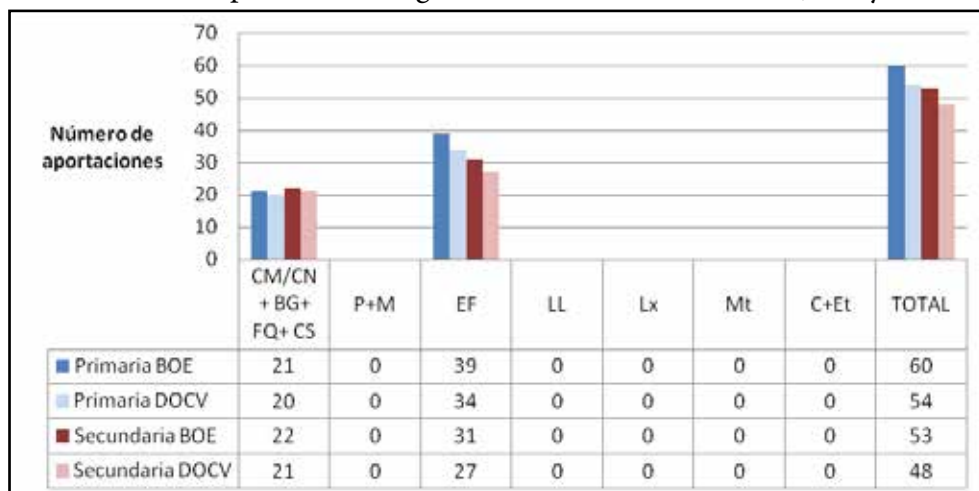
A continuación, se muestran algunos de los resultados obtenidos al realizar el análisis de los currículos oficiales publicados en el BOE (2006) y en el DOCV (2007) con el instrumento de análisis definido en el ámbito de la Higiene (véase también Anexos).

En los gráficos 1 y 2 se representa la contribución de los currículos analizados al desarrollo de las competencias de Higiene por materias y/o áreas de conocimiento y etapas educativas. En el gráfico 1 se recogen el número de aportaciones curriculares en las que aparecen explícitamente formulados los contenidos competenciales de nuestro instrumento de análisis. Por el contrario, en el gráfico 2 se recogen el número de aportaciones de los currículos que posibilitan trabajar los contenidos competenciales del ámbito de la Higiene pero no de forma inequívoca, es decir, son elementos del currículo que aunque no hacen referencia explícita a los contenidos competenciales del instrumento de análisis podrían, dependiendo de la sensibilidad respecto a la Higiene en los diferentes niveles de concreción curricular, contribuir también a mejorar las competencias en Higiene del alumnado de la educación obligatoria.

Atendiendo al número de aportaciones curriculares de tipo específico, se observa que en los currículos prescriptivos de la educación obligatoria publicados en el BOE (60+53) se contribuye en mayor medida a la adquisición de las competencias en Higiene que en los publicados en el DOCV (54+48). Además, la contribución curricular en la Educación Primaria (60 en el BOE y 54 en el DOCV) es mayor a la de la ESO (53 en el BOE y 48 en el DOCV). Las materias y/o áreas de conocimiento que contribuyen al desarrollo de las competencias en Higiene de forma inequívoca son únicamente: Educación Física y Conocimiento del Medio Natural, Social y Cultural y sus equivalentes en la ESO: Ciencias Naturales, Biología y Geología, y Física y Quí-

mica. El número de aportaciones curriculares en las áreas de Educación Física es el más elevado (70 en el BOE y 61 en el DOCV) seguidas del área de Conocimiento del Medio Natural, Social y Cultural y sus materias equivalentes en la ESO (43 en el BOE y 41 en el DOCV) y, por tanto, se pone de manifiesto la importancia de estas materias y/o áreas en la adquisición de las competencias en Higiene (Gráfico 1).

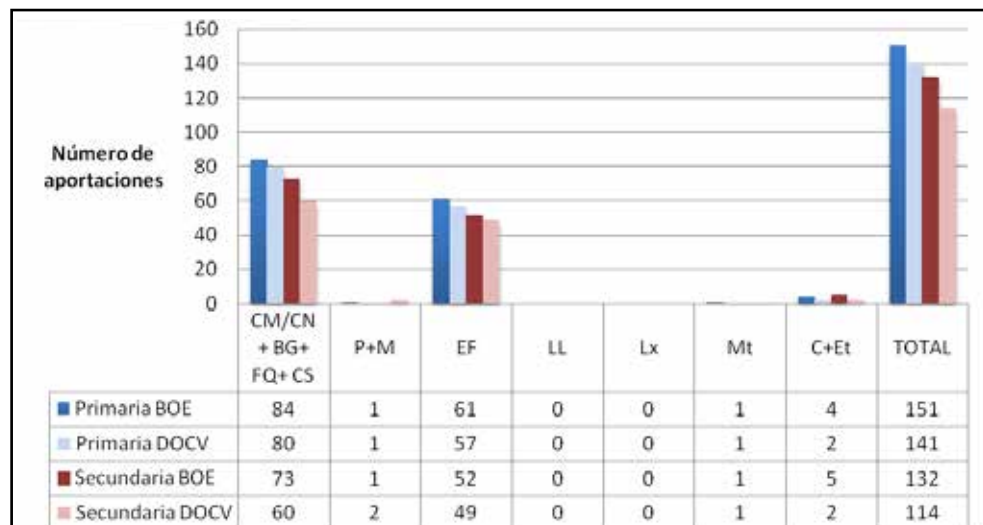
Gráfico 1. Contribución curricular de tipo específico por materias y etapas al desarrollo de las competencias en Higiene de los currículos oficiales (BOE y DOCV)



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Por otro lado, atendiendo al número de aportaciones curriculares de tipo relacionado, se observa también que en los currículos publicados en el BOE (151+132) se contribuye en mayor medida a la adquisición de las competencias en Higiene que en los publicados en el DOCV (141+114). Como ocurre con las aportaciones curriculares de tipo específico, la contribución curricular en la Educación Primaria (151 en el BOE y 141 en el DOCV) es superior que en la Educación Secundaria Obligatoria (132 en el BOE y 114 en el DOCV). Las materias y/o áreas de conocimiento que posibilitan trabajar de una forma relacionada los contenidos competenciales definidos en el ámbito de la Higiene también son principalmente: Educación Física y Conocimiento del Medio Natural, Social y Cultural y las materias equivalentes en ESO (Ciencias Naturales, Biología y Geología, y Física y Química). Asimismo, se han encontrado también aportaciones curriculares en las materias y/o áreas de la Educación Artística (y sus equivalentes en la ESO), Matemáticas y Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Contribución curricular de tipo relacionado por materias y etapas al desarrollo de las competencias en Higiene de los currículos oficiales (BOE y DOCV)



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

El gráfico 3 muestra las dimensiones (conocimientos, procedimientos y actitudes) que se encuentran más representadas en el tratamiento de la Higiene en los currículos oficiales analizados. En la etapa de Educación Primaria, la dimensión de los conocimientos es la más representada, seguida de las actitudes y, por último, los procedimientos. En la ESO también los conocimientos es la dimensión más contemplada. En los currículos del BOE es seguida de los procedimientos y en los del DOCV de las actitudes (Gráfico 3).

El gráfico 4 muestra el número de aportaciones curriculares de tipo específico (BOE y DOCV) que recibe cada uno de los nueve problemas o situaciones relacionadas con el ámbito de la Higiene. En el gráfico se observa que en los currículos analizados no aparecen representados todos los problemas/situaciones de salud que conforman el ámbito de la Higiene. Así, no aparece referencia alguna a los contenidos competenciales necesarios para tratar la prevención del cáncer, ni para abordar la higiene de los alimentos y solo una única aportación curricular (tanto en el BOE como en el DOCV) hace mención al problema de las alergias. Por otra parte, las situaciones problemáticas del parasitismo, la higiene bucodental, las enfermedades infecciosas y la higiene sexual aparecen recogidas en los currículos analizados aunque con pocas aportaciones.

Gráfico 3. Número de aportaciones curriculares por dimensiones que contribuyen al desarrollo de las competencias en Higiene (BOE y DOCV)

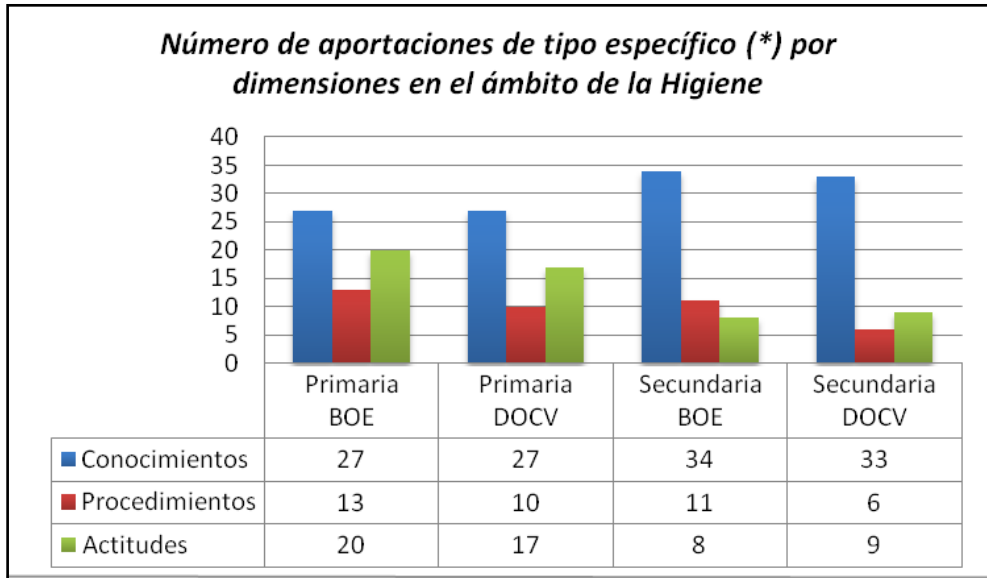
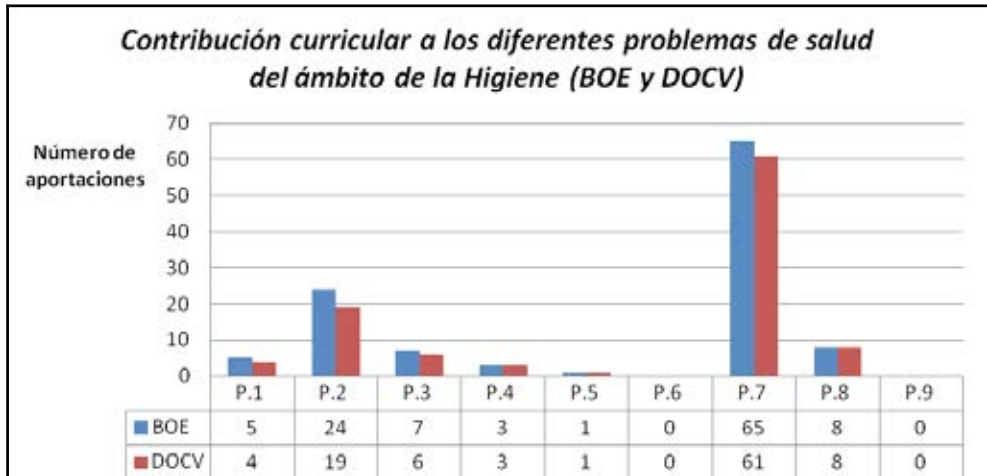


Gráfico 4. Número de aportaciones curriculares a los diferentes problemas de salud del ámbito de *la Higiene* (BOE y DOCV)



Nota: P.1: Ante la higiene bucodental; P.2: Ante la higiene corporal; P.3: Ante las enfermedades infecciosas; P.4: Ante el parasitismo; P.5: Ante las alergias; P.6: Para la prevención del cáncer; P.7: Ante la higiene postural; P.8: Ante la higiene sexual; P.9: Ante la higiene de los alimentos.

Los problemas del ámbito de la Higiene más representados en los currículos son la higiene postural (65 aportaciones en el BOE y 61 en el DOCV) y la higiene corporal (24 aportaciones en el BOE y 19 en el DOCV). Es destacable que más de la mitad del número de aportaciones de los currículos analizados están relacionados con la higiene postural.

Por último, la tabla 3 incluye un listado con los contenidos competenciales que no se abordan en los currículos oficiales de la educación obligatoria analizados ni de forma específica o inequívoca ni de forma relacionada. Los contenidos competenciales que no aparecen en los currículos son prácticamente los mismos en el BOE que en el DOCV. Entre las ausencias destacan conceptos tan esenciales como el de parasitismo, alergia y cáncer. Por otra parte, también resulta llamativa la ausencia de aportaciones curriculares referentes a reconocer los síntomas de las distintas enfermedades. Es decir, aparecen contenidos curriculares relativos a las distintas enfermedades (concepto y tipos de enfermedad) pero no aparece el reconocimiento o identificación de los síntomas como las náuseas, el dolor abdominal, los vómitos, la fiebre, etc. Por último, también destaca la ausencia de aportaciones en los currículos referentes a la realización de revisiones periódicas como medio de prevención y a la utilización de los recursos sanitarios como vía de información y de prevención.

■ 4. Conclusiones

El presente estudio ha permitido concretar: la competencia en Higiene que debe desarrollarse durante las etapas escolares de la educación obligatoria; las tres dimensiones del saber, saber hacer y saber ser que integran esta competencia; los problemas o situaciones relativas a la Higiene que afectan a la ciudadanía española; y, finalmente, definir los contenidos competenciales necesarios para hacerles frente. Con todo ello se ha elaborado un instrumento de análisis curricular para el ámbito de la Higiene y se ha aplicado a los currículos oficiales de la educación obligatoria publicados en el BOE (2006) y en el DOCV (2007).

De los resultados obtenidos del análisis curricular se concluye que los currículos del BOE contribuyen en mayor medida a la adquisición de las competencias en Higiene que los del DOCV. Este resultado es contrario al esperado si tenemos en cuenta que en el BOE se recogen las “enseñanzas mínimas” y, posteriormente, es cada comunidad autónoma la encargada de concretar y desarrollar sus currículos como consecuencia de su competencia en materia de educación. Tanto en la Educación Primaria como en la ESO existen un buen número de aportaciones curriculares que permiten desarrollar las competencias en Higiene, aunque es mayor el número de contribuciones en la Educación Primaria que en la ESO, tanto en los currículos del BOE como en los del DOCV.

Tabla 3. Contenidos competenciales en Higiene ausentes en los currículos oficiales (BOE y DOCV)

Conocimientos ausentes
<ul style="list-style-type: none"> - El peligro de los piercings y tatuajes. - Principales parásitos que afectan al ser humano, por ejemplo lombrices, tenias y piojos. Reservorios y vías de entrada del parásito. - Concepto de alergia. Principales alérgenos (pelos, alimentos, polvo, etc.). - Síntomas que producen las alergias. - Concepto de cáncer. - Concepto de higiene alimentaria. Medidas básicas ante posibles infecciones e intoxicaciones alimentarias.
Procedimientos ausentes
<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer los síntomas de una infección. - Identificar las medidas de salud pública que permiten aminorar la transmisión de enfermedades infecciosas. - Saber aplicar las medidas higiénicas apropiadas en la relación con animales domésticos. - Relacionar las épocas estacionales con la aparición de las alergias más comunes. - Identificar los alérgenos que pueden aparecer en las etiquetas, los menús, la bolsa de la compra, etc. - Practicar autoexámenes de los testículos después del baño y la autoexploración mamaria regularmente para el diagnóstico precoz de enfermedades. - Reconocer la aparición de síntomas ligados a infecciones (olores fuertes, picazón o ardor). - Reconocer los síntomas ante posibles infecciones e intoxicaciones alimentarias (náuseas, dolor abdominal, vómitos, diarrea, fiebre, etc.). - Reconocer alimentos en mal estado.
Actitudes ausentes
<ul style="list-style-type: none"> - Tomar conciencia de las repercusiones de una mala higiene bucodental. - Reconocer en el uso adecuado de la ropa, un elemento que favorece la aceptación de los demás y la de uno mismo. - Tomar conciencia de la repercusión de las enfermedades infecciosas y su transmisión. - Valorar las medidas de salud pública y acudir a los servicios médicos cuando sea necesario. - Estar alerta ante las propias respuestas y las del entorno ante posibles alérgenos. - Tomar conciencia de la importancia de realizar revisiones periódicas para la posible identificación temprana del cáncer y acudir a los servicios médicos cuando sea necesario. - Tomar conciencia de la importancia de realizar revisiones periódicas y acudir a los servicios sociosanitarios ante cualquier duda. - Tomar conciencia de la importancia de la fecha de caducidad y consumo preferente de los alimentos.

Las áreas de conocimiento o materias que intervienen específicamente en el desarrollo de las competencias en Higiene son Educación Física y Conocimiento del Medio Natural, Social y Cultural y sus materias equivalentes en la ESO: Ciencias Naturales, Biología y Geología, y Física y Química. La aportación específica del resto de áreas de conocimiento o materias al ámbito de la Higiene es nula. Sin embargo, se pueden encontrar aportaciones de tipo relacionado que contribuyan a mejorar las competencias en la Higiene del alumnado en las materias y/o áreas de conocimiento de Educación Artística (y su materia equivalente en la ESO), Matemáticas y Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos.

En el ámbito estatal y en el autonómico, los currículos oficiales contemplan las tres dimensiones de las competencias (conocimientos, procedimientos y actitudes). La dimensión que más aparece en los currículos oficiales analizados es la de los conocimientos seguida de las actitudes y, por último, los procedimientos. Únicamente encontramos una excepción en el currículo de la ESO publicado en el BOE, ya que el número de aportaciones curriculares en procedimientos es mayor que en actitudes.

La situación relativa a la Higiene más representada en los currículos analizados es la higiene postural, con más de la mitad del número de aportaciones curriculares (tanto en los currículos del BOE como en los del DOCV), seguida de la higiene corporal. Los problemas relacionados con la higiene sexual, las enfermedades infecciosas, la higiene bucodental y el parasitismo también se contemplan en los currículos oficiales aunque reciben un menor número de aportaciones curriculares. Las alergias tiene una representación curricular mínima y la prevención del cáncer y la higiene de los alimentos no aparecen de manera específica en los currículos oficiales (BOE y DOCV).

Algunos contenidos competenciales definidos en el instrumento de análisis del ámbito de la Higiene no aparecen representados en los currículos oficiales analizados. Entre las ausencias destacan conceptos como el parasitismo, la alergia y el cáncer, y procedimientos como el reconocimiento de los síntomas de las distintas enfermedades, la realización de revisiones periódicas como medio de prevención y la utilización de los recursos sanitarios de los que dispone la sociedad.

El presente trabajo, en el marco del proyecto COMSAL, ofrece una propuesta de competencias en el ámbito de la Higiene a desarrollar durante la educación obligatoria a través del instrumento de análisis diseñado. Esta propuesta de competencias puede servir de ayuda al profesorado en la planificación de la enseñanza y en la selección de actividades, también puede servir de guía a las editoriales e instituciones para la elaboración de recursos educativos y libros de texto, y, finalmente, como referencia a las distintas administraciones para la concreción de propuestas curriculares.

■ 5. Referencias bibliográficas

- Decreto 111/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunitat Valenciana. DOCV, 24 de julio de 2007.
- Decreto 112/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunitat Valenciana. DOCV, 24 de julio de 2007.
- Dorland (2003). *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina*. Madrid: MacGraw-Hill Interamericana.
- Gavidia, V., Talavera, M., Sendra, C., Llorente, E., García de la Gera, M. y Gomar, B. (2012). The evaluation of competences in health. *Proceedings of INTED2012*. Conference, 166-177.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE). BOE, 4 de mayo de 2006.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Instituto Nacional de Estadística.
- Okoli, C. y Pawlowski, S.D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information and Management*, 42 (1), 5-29.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud*. Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Piédrola, G. (2008). *Medicina preventiva y salud pública* (11ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Primaria. BOE, 8 de diciembre de 2006.
- Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. BOE, 5 de enero de 2007.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Viñao, A. (2010). Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica. *Educar*, 36, 181-213.



Ámbito 6

Salud Mental y Emocional

Análisis de la violencia de género en el marco de la Teoría Crítica Feminista. Por una Escuela Saludable Coeducativa

Aguas Vivas Catalá González

Profesora de Educación Secundaria.

E-mail: aguasvivas@hotmail.es

RESUMEN: En este capítulo analizamos la violencia de género, su conceptualización y sus consecuencias en la salud. Y como tratarla en una escuela promotora de salud y coeducativa. Analizamos este hecho desde el marco de interpretación de la Teoría Crítica Feminista.

La violencia de género tiene un carácter estructural, es a la vez mecanismo de reproducción del orden social patriarcal y consecuencia del mismo. Las consecuencias para la salud van más allá del daño físico, repercuten sobre el equilibrio emocional. Estos efectos afectan también a los varones puesto que el género social masculino limita su desarrollo integral. Las escuelas promotoras de salud en el marco de la coeducación son un medio para llevar a cabo programas de intervención específicos que atiendan a la raíz del problema y no a sus síntomas.

PALABRAS CLAVE: Violencia de género, Crítica feminista, Coeducación; Educación Obligatoria, Escuelas Promotoras de Salud.

Analysis of gender-based violence in the context of Feminist Critical Theory. Towards a Healthy Coeducational School

ABSTRACT: This chapter discusses gender violence, its conceptualization and its consequences in health and how to treat it in a health promoting and coeducational school. We analyze this fact from the context of the Feminist Critique Theory.

Gender-based violence has a structural nature: it is both a reproductive mechanism of a patriarchal social order and consequence. The consequences for health extend beyond the physical damage, as they impact on emotional balance. These effects also affect men as male social gender limits their integral development. Health promoting schools within the framework of coeducation are a means to carry out specific intervention programs that address the root of the problem and not its symptoms.

KEY WORDS: Gender Violence, Feminist Criticism, Coeducation, Compulsory Education, Health Promoting Schools.

ISBN: 978-84-16786-72-5

■ 1. Introducción

Desde hace algunos años la violencia de género empieza a ser visible en la sociedad, está ocupando el debate público. Medios de comunicación, estudios e investigaciones, medidas sanitarias, programas escolares contra la violencia de género, apoyo jurídico y policial, declaraciones y conferencias internacionales por parte de organismos como las Naciones Unidas y la OMS se hacen eco de esta violencia.

Sin embargo, y, a pesar de todo ello, la violencia de género sigue presente en todos los países, en todas las capas sociales y en todas las franjas de edad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ el 35% de las mujeres del mundo ha sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de personas distintas de su pareja.

En España, según el Consejo General del Poder Judicial, en 2014 hubo 126.742 denuncias de violencia de género, cifra que en 2015 creció a 129.193 (tasa de variación de 1,9%)².

Y si nos atenemos a la variable edad, según el INE³ las víctimas mujeres, con orden de protección o medidas cautelares de menos de 18 años, en 2013, representaron 499, cifra que subió hasta 576 en 2014. Si a esos datos añadimos, siempre según el INE, que entre los 18 y 19 años las cifras son de 856 y de 911 para cada uno de los años anteriormente mencionados, podemos concluir que, entre las jóvenes la violencia de género, va en aumento o que hay una mayor visibilización.

El informe de la OMS⁴ detalla el impacto de la violencia sobre la salud física y mental de mujeres y niñas. “Estos hallazgos envían un mensaje poderoso: que la violencia contra las mujeres es un problema de salud mundial de proporciones epidémicas”, señala la doctora Margaret Chan, su Directora General.

En este artículo tratamos sobre la conceptualización de la violencia de género, sus consecuencias sobre la salud y como uno de sus ámbitos de prevención, la escuela, puede actuar en su erradicación. En primer lugar, recogemos la definición de violencia de género según la Ley española (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre), y según la ONU y la OMS; en segundo lugar, analizamos esta concepción en el marco de interpretación de la Teoría Crítica Feminista; en tercer lugar mostramos qué consecuencias tiene para la salud la violencia de género. Desde la perspectiva de género

- 1 OMS Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud.
- 2 Observatorio contra la violencia doméstica y de género. Consejo general del poder judicial 20160310-Violencia-sobre-la-Mujer-Año-2015.pdf
- 3 INE Estadística de violencia doméstica y de género. www.ine.es/prensa/np906.pdf
- 4 www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against.../es/

la analizamos en la Educación, y queremos averiguar por qué algunos programas de intervención no tienen el éxito deseado, y, para terminar, algunas propuestas desde el marco de las Escuelas Promotoras de Salud.

■ 2. Qué se entiende por violencia de género

Violencia suele asociarse a agresión. La que se ejerce sobre las mujeres se entiende como daño físico en el seno de las relaciones de la pareja. Esta idea aparece reflejada en la ley española que *“tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”* (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre).

Las Naciones Unidas, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, de 1995, definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”. Y precisan qué entienden por violencia de pareja y por violencia sexual.

“La **violencia de pareja** se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control”.

“La **violencia sexual** es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto”.

En 1996 la OMS se suma a la definición de la ONU, arriba mencionada, y reconoce la violencia de género como un problema de salud pública: estudia su alcance, los factores de riesgo, las consecuencias para la salud, entre ellas las de los niños que se ven involucrados; analiza los costes sociales y económicos; y propone estrategias de prevención.

El reconocimiento e intervención de las instituciones contra la violencia de género ha supuesto un progreso por los siguientes motivos. En primer lugar, visibiliza un problema que no es nuevo pero que ha permanecido oculto al ser considerado una cuestión personal, incluso íntima. Segundo, porque sitúa dicha violencia en la esfera

social, la convierte en “res pública” y, de este modo, deja de ser un conflicto entre dos personas y se constituye en un delito que exige la intervención de las instituciones para prevenirlo y resolverlo. Tercero, porque amplía el concepto de violencia al maltrato psicológico o la coacción. Y, por último, reconoce una relación de poder de lo masculino sobre lo femenino, la discriminación sexista, y la necesidad de una perspectiva de género en las medidas que se deben adoptar. Con todo ello, se ha conseguido la implicación de los agentes sociales y de la ciudadanía, y el rechazo de una parte importante de la sociedad.

Ahora bien, estos progresos no han logrado ni frenar ni controlar la violencia de género en ninguno de los ámbitos sociales en que ocurre. Incluso en la escuela, el control y la violencia sobre las jóvenes por parte de su pareja masculina está cada día más presente y parece que va en aumento a pesar de los programas de prevención y de atención a las víctimas. Ante esta situación, hay que hacerse preguntas sobre qué ocurre, qué está fallando y, sobre todo, cuestionar la forma de plantear el problema, los supuestos epistémicos, ya que ese planteamiento determinará los instrumentos de análisis y las respuestas.

■ 3. La perspectiva de género como instrumento de análisis. Los supuestos epistemológicos de la Crítica Feminista

Numerosos estudios revelan que la producción de conocimiento no es un hecho objetivo sino que es un proceso en el que intervienen elementos sociales incluso ideológicos y políticos. De ahí que la ciencia sea considerada como un proceso o producto a estudiar. El no cuestionamiento epistemológico de la conceptualización de la realidad por parte de las instituciones legitima los principios reguladores del conocimiento y se impone como una visión neutra. Es necesario explicitar el marco epistemológico de referencia. Goffman (1974) define el concepto de marco como el conjunto de orientaciones mentales que permiten organizar la percepción y la interpretación. Las aportaciones de las investigaciones cuestionan y contribuyen a nuevos marcos de interpretación de la realidad.

La Teoría Crítica Feminista analiza los supuestos epistémicos que muestran la intervención de los factores sociales e ideológicos subyacentes en el conocimiento, lo que Amorós (1985) denomina “la sinrazón de la razón patriarcal”. Este marco de referencia crítico conceptualiza como conflicto las relaciones de poder entre los géneros sociales y pone en tela de juicio las diversas formas de legitimar la desigualdad. El dominio de lo masculino sobre lo femenino no existe sobre aspectos parciales de la sociedad sino que tiene un carácter sistémico, el Patriar-

cado. Este sistema de dominación está basado en la existencia de géneros sociales y es independiente de otros sistemas de dominación, se manifiesta en formas de opresión y legitimación propias, divide las esferas sociales en lo público y, lo mal llamado, privado considerándolo como una esfera no social y, por tanto ajena a las relaciones de poder.

El marco de referencia dónde se inscribe la concepción de violencia de género, de la Ley española, la ONU y la OMS, muestra sesgos epistemológicos subyacentes. Estos los resumimos en: qué concepto de violencia, en qué ámbito se produce y qué relación mantiene con otras formas de violencia, y qué medidas se adoptan y sobre quién.

3.1. El concepto de violencia

¿Qué es violencia? Se suele identificar violencia con agresión física. Es importante tener en cuenta que, más allá de lo físico, la violencia tiene otras manifestaciones y otro tipo de consecuencias. El sociólogo Johan Galtung (1995) clasifica la violencia en cultural, estructural y directa, y establece la conexión y la relación que existe entre ellas. La violencia estructural está “edificada dentro de la estructura y se manifiesta como un poder desigual y, consiguientemente, como oportunidades de vida distintas. Los recursos están desigualmente distribuidos y [...] por encima de todo, está desigualmente repartido el poder de decisión acerca de la distribución» de tales recursos. Lo que subyace a la violencia estructural es la desigualdad”.

¿Qué formas adopta la violencia de género? La violencia de género es directa (agresión), es cultural: está presente en los estereotipos y roles de la socialización diferencial de varones y mujeres. Y es estructural al ser uno de los mecanismos de mantenimiento del orden patriarcal.

Tanto la ONU como la OMS y la Ley española afirman que la violencia de género es una *manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres*, no obstante, circunscriben la violencia a dos ámbitos: las relaciones afectivas, y todo lo concerniente con el sexo, como la prostitución, la ablación, la trata de niñas y mujeres.

Estudios de la Crítica Feminista evidencian que las manifestaciones más visibilizadas no constituyen casos aislados o individuales que carezcan de significado colectivo (Millet 1975). Existen mitos sobre ese carácter individual: celos, varones que reproducen la violencia vivida en sus hogares, abuso de drogas y alcohol etc. Tanto una vertiente -el agresor- como otra -la víctima- del problema no responden a cuestiones particulares: no son elementos disfuncionales del orden social.

Pero además la violencia de género existe bajo formas sutiles de intimidación del que son víctimas todas las mujeres, condiciona su comportamiento cotidiano, es un “continuum” (Kelly 1987) que se manifiesta de maneras diversas para controlarlas: ¿cuántos varones tienen miedo físico de salir de noche solos? ¿o de subirse a un ascensor con una mujer que no conocen? Por ejemplo. Este proceso de intimidación funciona como un mecanismo de dominación estructural (Brownmiller 1981) sobre el colectivo femenino (Millet 1975).

La parcelación de los casos de violencia como fenómenos inconexos es un modelo explicativo que devalúa la discriminación e ignora las correlaciones entre las diversas variables que la componen. No es este escrito el lugar para profundizar sobre el tema pero basta pensar la conexión entre feminización de la pobreza y trata de mujeres y prostitución. Este modelo explicativo reduccionista enmascara la realidad e impide atender la raíz del problema: el Patriarcado como sistema de dominación.

3.2. A modo de una primera conclusión

Puesto que la posición de lo femenino en la sociedad patriarcal es de opresión y desigualdad, dado que, el acceso al espacio público sigue siendo discriminatorio para las mujeres, y que sigue existiendo una división sexual del trabajo y de la ética del cuidado de la prole y los dependientes, y dado que el modelo masculino es hegemónico y sexista, podemos afirmar que la violencia de género tiene un carácter estructural.

Si el objetivo es poner fin a la violencia de género habrá que situar las medidas en un marco más amplio: el sistema de dominación género-sexo que se da en el orden patriarcal. No basta actuar contra la violencia directa. Hay que atender a la violencia estructural.

Así pues, definimos la violencia de género: la que ejercen los varones sobre las mujeres en razón de su género social, ocurre en todas las esferas sociales, no constituye actos aislados, tiene un carácter estructural por lo que adopta formas diversas y desempeña una función de refuerzo y reproducción del patriarcado, orden que se debe cuestionar.

3.3. Consecuencias de la violencia de género en la salud

La OMS vincula tanto la violencia física como la sexual con un riesgo mayor de resultados de salud mental adversos en las mujeres. Los más frecuentes son la depresión, intentos de suicidio, el trastorno por estrés postraumático, otros

trastornos de estrés y ansiedad, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios y trastornos psicosomáticos. Los malos tratos físicos y el abuso sexual en la niñez también se han asociado con un sinnúmero de comportamientos de riesgo posteriores, como actividad sexual precoz, uso indebido de alcohol, consumo de tabaco y de drogas, múltiples compañeros sexuales, elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida y tasas más bajas de uso de anticonceptivos y de condones. Las mujeres que informan sobre una historia de abuso sexual temprano a menudo indican que sienten menosprecio por sí mismas y tienen dificultades para distinguir el comportamiento sexual del comportamiento afectuoso, para mantener límites personales apropiados y rechazar insinuaciones sexuales no deseadas⁵. Todo ello en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de ese tipo de violencia directa.

¿Cómo incide la violencia estructural en la salud de las mujeres? El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población (Gavidia 2002). Así, su evolución ha ido desde “ausencia de enfermedad o invalidez” (OMS 1945) hasta “la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente” (Oficina Regional para Europa de la OMS 1984).

No obstante, esta definición tiene un carácter individualista al concebir como algo personal la respuesta de un individuo al medio en el que se desenvuelve. Pero como afirma Gavidia (2002) lo individual es una línea de trabajo equivocada. ¿Resistiría un análisis desde la perspectiva de género? ¿Las constricciones de los géneros sociales a las que deben adecuarse los sexos cómo pueden encajar con la realización de aspiraciones personales y satisfacción de necesidades? En resumen, cómo se puede “realizar el propio potencial” con experiencias que en muchos casos no son comunes para varones y mujeres y en cuanto lo son, no se les otorga el mismo significado ni valoración social según lo realicen estos o aquellas, muy particularmente por lo que se refiere a los aspectos relacionados con la salud o el bienestar psíquico o mental (Caruncho y Mayobre 1988).

La socialización diferencial discrimina y limita. Dificulta la autonomía personal y la construcción de la personalidad y de las relaciones entre los sexos. Procura una vivencia de la sexualidad y del amor dicotómica y jerarquizada. A las mujeres, como ya hemos señalado, las ciñe al espacio doméstico, a pesar de su incorporación a la vida pública, les asigna un tiempo vital ilimitado (doble jornada laboral) aprenden la ética del cuidado (cargan con la crianza de hijos y atención de perso-

5 www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/

nas dependientes). En el mercado de trabajo el nivel de paro es mayor ocupan la mayor parte de los empleos de menor nivel o a tiempo parcial y cuando el trabajo es igual o similar, el salario es inferior. En cualquier campo del espacio público, la presencia de las mujeres en los niveles superiores de poder y decisión es escandalosamente minoritaria sobre todo si tenemos en cuenta que tienen una formación igual que los varones.

Estas coordenadas vitales tienen repercusiones negativas en la salud de las mujeres. Ahora bien, de otra forma, también esas repercusiones se dan entre los varones, sobre todo los que no se adecuan al modelo esperado.

Ser varón es también un constructo social y, a pesar de su posición hegemónica, conlleva también consecuencias negativas. El género social masculino debe desenvolverse en el espacio público como un ser fuerte, agresivo y competitivo. Debe reprimir las emociones y aprender que es “más” que las mujeres y especialmente que no es mujer. Y entre sus principios éticos figura tener éxito en cualquier conflicto y no, actitudes de colaboración y empatía. Este modelo permite a los varones tener no el poder sino algo muy distinto, la supremacía, el dominio. Sin embargo, las repercusiones sobre su salud son adversas: tensión generada por la contención de los sentimientos, desarrollo de conductas agresivas para adecuarse al modelo; esperanza de vida inferior por el estilo de vida (abuso de tabaco, alcohol, alimentación inadecuada) Este es el coste oculto de la masculinidad pero queremos señalar, además, que adoptar una posición de dominio deshumaniza ¿y la deshumanización no es salud precaria?

Si el concepto de salud es un constructo humano, vinculado a un marco de referencia teórico, al no introducir el parámetro de género se pone de manifiesto el sesgo epistémico. Por lo que es obvio deducir que hombres y mujeres no están en igualdad de condiciones para disfrutar de ese recurso de la vida diaria que es la salud. No sirve un modelo estándar de definición de salud y, por consiguiente, las medidas para tratarla deben incorporar la perspectiva de género.

Según el mismo informe al que hemos aludido, la OMS pide que la atención esté integrada en los servicios de salud existentes en lugar de ser un servicio independiente Y recomienda la colaboración de otros agentes sociales entre ellos la escuela. ¿Pero cómo abordar en la educación la violencia de género desde una perspectiva de salud que tenga en cuenta la socialización diferencial? ¿Podemos hablar de violencia de género como un problema más de la escuela? ¿Se puede realizar solo con programas de intervención específicos? La respuesta es no.

■ 4. Por una Escuela Promotora de Salud Coeducativa

Con la generalización de la escuela mixta en España se han conseguido avances importantes en materia de igualdad: los alumnos comparten la misma aula, tienen el mismo profesor y el mismo material de estudio. Sin embargo, se siguen reproduciendo los géneros sociales y la discriminación sexista.

Desde la implantación de la LOGSE ha habido cambios relevantes en materia educativa, incluyendo muchos intentos de incorporar la Coeducación. El concepto de contenido y el proceso de enseñanza–aprendizaje ha evolucionado la transmisión de conceptos, hechos y datos al desarrollo de capacidades con la inclusión de actitudes y procedimientos, y de los temas transversales; la transposición didáctica de los contenidos científicos a las materias del currículum ha conseguido el paso de lección o tema a secuencia didáctica; igualmente, la organización de centro se ha democratizado con la inclusión, por ejemplo, de la mediación escolar en la resolución de conflictos. Sin embargo, en la Coeducación ha habido un retroceso. La LOCE, eliminó de sus consideraciones generales “la discriminación en razón del sexo y la igualdad de oportunidades” y abrió la puerta a la escuela segregada. Eliminación que ha vuelto a ocurrir cuando La LOMCE ha derogado la LOE. Y con todo ello, el movimiento social y las investigaciones en Coeducación de la década de los 80 y 90 se han desnaturalizado.

¿Ha habido cambios en la escuela en materia de coeducación? En las disciplinas escolares se han incorporado algunas de las aportaciones de las mujeres a la ciencia y a la cultura (presencia testimonial). El currículum sigue siendo androcéntrico, Moreno ya afirmó que un análisis crítico de la Historia implica preguntarse quién es el sujeto de la historia y desde qué marco de referencia se constituyen los hechos históricos (Moreno 1986). Catalá y García Pascual (1995) demostraron que el sexismo lingüístico es un problema de la Pragmática y que la duplicación de los apelativos en –os, –as no sitúa a las mujeres como sujeto del discurso universal. Por poner dos ejemplos. Y así, podríamos citar los análisis realizados por la Crítica Feminista cuyo objeto consiste en cuestionarse los marcos de interpretación y producción del conocimiento (Durán 1982).

Otras investigaciones han evidenciado que la práctica de aula, organización de centro y los procesos de socialización escolares, es decir, el currículum oculto, mantiene pautas sexistas y, por lo tanto, contribuyen a configurar el orden patriarcal (Subirats 1988). Orden basado en oportunidades de vida distintas (Galtung 1995).

“La ocultación de los rasgos patriarcales en el sistema educativo capitalista supone que hay que empezar por construir una problemática respecto de una relación que para la

mayoría de la sociedad no presenta problema, antes al contrario, se construye como una relación natural”. Afirmación de Marina Subirats en 1988 y que nos parece vigente hoy.

En este contexto escolar la Violencia de Género existe y se aprende. Es necesaria una actuación global ante la discriminación sexista. La escuela no puede plantearse la discriminación sexual como un “a propósito de la violencia, de la salud, etc...” se requiere un cambio de planteamiento. De poco valen programas específicos tanto de prevención como de actuación sobre la violencia si no se dan en el marco global de una Escuela Coeducativa. La Coeducación propone un modelo educativo no androcéntrico de carácter universalista, encaminado al desarrollo integral de los individuos más allá de las determinaciones genéricas. Los principios coeducativos apelan tanto a los alumnos varones como a las alumnas con el objetivo de proporcionarles una experiencia educativa realmente igualitaria. Si, tal como decía Fourier, la situación de la mujer es el termómetro para medir el grado de humanización de una sociedad, la coeducación bien pudiera servir de criterio de calidad de la enseñanza. La perspectiva no androcéntrica se convierte, así, en un elemento crítico para abordar nuestra práctica docente (García Pascual 1989).

4.1. Los Programas específicos en una EPS coeducativa

El androcentrismo y el sexismo contribuyen a perpetuar roles y estereotipos. Este aprendizaje tiene consecuencias negativas en la salud y mientras la coeducación no sea un hecho, “el desarrollo del potencial de las personas” como coordinada vital saludable no podrá efectuarse. Mientras vivamos en un contexto patriarcal, además de intentar la modificación del orden mediante la educación de personas (y no de mujeres y varones), es necesario una actuación específica contra la violencia de género en la escuela. Intervención que no llevará a ninguna parte si no se atiende a la raíz del problema.

Insistimos, la violencia de género no es un problema más de la escuela. Como ya hemos venido señalando, su raíz es el patriarcado que, a su vez, la usa como medio de perpetuación ¿Cómo vamos a combatir la violencia de género si la escuela mixta sigue reproduciendo roles y estereotipos sexistas?

Las Escuelas Promotoras de Salud plantean la necesidad de enmarcar a las personas en un contexto comunitario, social, físico y político más amplio. De esta forma podemos comprender la variedad de factores que afectan a su salud, que el cambio de actitudes y conductas debe realizarse teniendo en cuenta las muchas influencias provenientes del entorno social o físico, porque lo individual es una línea de trabajo equivocada (Gavidia 2002).

Consideramos que uno de los factores que contribuyen a evitar la violencia y a mejorar la salud de las personas es la ética del cuidado. Un obstáculo para universalizarla es su concepción biológica y esencialista. Hay que poner de relieve que considerarla asunto de mujeres contribuye a la división sexual del trabajo y perpetuación de roles. Gilligan (2013) pone de manifiesto en sus investigaciones que el cuidado se aprende, que, en el proceso de socialización, los varones ‘callan la voz propia’ y dicen “lo que se supone que socialmente deben decir”. Así van eliminando la empatía y la atención al otro de sus valores. Con gobiernos de derechas, las políticas acerca de los servicios sobre el cuidado de niños y dependientes consisten en intensificar el cuidado familiar en detrimento del profesionalizado. Entre otras medidas, dar un sueldo a las mujeres para que sigan ejerciendo este cuidado. En épocas de crisis económica, como la que estamos viviendo, los servicios sociales de cuidados y atención a la vida se recortan y se precarizan.

Gilligan (2013) afirma que “al igual que un cuerpo sano resiste la infección una psique sana se resiste a lo no humano (...) nuestros cerebros dan más luz cuando optamos por estrategias cooperativas en vez de competitivas”. “En un contexto patriarcal el cuidado es una ética femenina, en un contexto democrático es una ética humana”. Y aprender el cuidado y la empatía en un antídoto contra la violencia.

Una Escuela Promotora de Salud que quiera conseguir la “realización del potencial” de mujeres y varones en condiciones de igualdad exige que los programas de intervención y de prevención de la violencia de género tengan en cuenta los siguientes principios.

En primer lugar, se deben realizar en el marco de una escuela coeducativa. La violencia de género es un hecho estructural que abarca desde la intimidación en la vida diaria hasta el asesinato; que el cambio hay que situarlo en la raíz del problema: violencia como mecanismo de dominio en el sistema patriarcal. Así pues, tratar la violencia de género como una manifestación más de la violencia escolar implica por una parte enmascarar la de género y, por otra, intervenir sobre el síntoma del problema y no sobre el problema mismo y sus causas.

En segundo lugar, en todo conflicto hay una víctima y un agresor. El tratamiento del conflicto debe actuar sobre la víctima, sobre el agresor y explicitar la relación entre ellos. La característica común a los agresores -varones que controlan, maltratan, agreden etc.-, como ya hemos señalado, no es su carácter violento sino la misoginia (Brownmiller 1981).

En tercer lugar, un planteamiento en el que se ponga el énfasis en las víctimas para que aprendan a identificar la violencia y conocer los mecanismos de denuncia y para que aprendan a combatir el trato violento de sus compañeros varones es falaz; tratar que las jóvenes cambien y no se enamoren del chico equivocado es situar la causa en las víctimas de la violencia. Y no en el sujeto que la ejerce. Como ocurre en algunos programas (Ideal Love, 2015).

En cuarto lugar, hay que considerar en qué esfera relacional se produce el conflicto. Si se sitúa únicamente en la relación afectiva, se vuelve a reducir y parcelar el problema con el consiguiente enfoque reduccionista (Ideal Love, 2015). Consideramos que sí se debe hablar de la concepción del amor, pero desde la explicitación de que el discurso amoroso, presente en el imaginario colectivo y vehiculado por la literatura, es androcéntrico y sexista. El androcentrismo se muestra en la voz poética que enuncia: el enamorado es un varón con una visión ideal y, por lo tanto, falsa de la enamorada; y es sexista porque en este discurso la mujer tiene una posición inerte, es objeto, carece de voz. Lo que se puede observar en la concepción del amor cortés, platónico y romántico.

Se impone una educación afectiva saludable: construir un discurso en el que las relaciones afectivo sexuales respondan a unos parámetros de igualdad y reciprocidad entre dos personas que se instituyen en sujetos de esa relación.

■ 5. Dos ideas para terminar

Los descubrimientos en neurobiología se suman a los de la psicología del desarrollo para transformar el paradigma cambiando la pregunta. En vez de plantearnos cómo adquirimos la capacidad de cuidar, nos preguntamos ¿Cómo perdemos nuestra humanidad? (Gilligan)

¿Y qué tal si –parafraseando a Beauvoir- empieza la sociedad a pensar que el varón no nace, se hace?

■ 6. Referencias Bibliográficas

- Amorós, C. (1985). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos.
- «BOE» núm. 313, de 29/12/2004. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- «BOE» núm. 238, de 4 de octubre de 1990 Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo.
- «BOE» núm. 307, de 24 de diciembre de 2002 Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.
- Brownmiller, S. (1981). *Contra nuestra voluntad*. Barcelona: Planeta.
- Caruncho, C. y Mayobre, P. (1998). Salud y género. En: *Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Santiago de Compostela, España: Tórculo Edicións, pp. 193-206.

- Catalá, A. y García Pascual E. (1995). *Ideología sexista y lenguaje*. València: Galaxia Octaedro.
- Galtung, J. (1995). *Investigaciones teóricas. Sociedad y cultura contemporáneas*. Madrid: Tecnos / Instituto de Cultura Juan Gil-Albert.
- García Pascual, E. (2005). *La Coeducación: criterio de calidad de la enseñanza*. Ponencia presentada en la Universitat d'Estiu de Gandía.
- Gavidia, V. (2002). La escuela promotora de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 16, 83-97.
- Gilligan, C. (2013). El daño moral y la ética del cuidado. *La ética del cuidado*. Cuaderno nº 30. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- Gilligan, C. (2013). La resistencia a la injusticia: Una ética feminista del cuidado. *La ética del cuidado*. Cuaderno nº 30. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis. Los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI.
- Kelly, L. (1987). The Continuum of Sexual Violence. En Jalna Holmes y Mary Maynard (Eds.). *Women, Violence and Social Control* (pp. 46-60). London: Macmillan.
- Millett, K. (1975). *Política sexual*. México: Aguilar.
- Moreno, A. (1986). *El Arquetipo Viril protagonista de la historia*. Barcelona: LaSal, Edicions de les Dones.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Carta Constitucional*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Muncial de la Salud (1986). *Carta de Otawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra.
- Subirats, M. y Brullet, C. (1988). *Rosa y azul. La transmisión de los géneros en la escuela mixta*. Madrid: Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer.
- VV. AA. (1982). *Liberación y Utopía*. Edición de Mari Ángeles Duran. Madrid.
- VV. AA. (2015). *Socialización preventiva de la violencia de género*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. sede.educacion.gob.es/publventura/idealovenam-socializacion.../20538
- <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1996.

La importancia de la competencia emocional en la formación del profesorado

Marta Talavera^a, José Manuel Baena^b

a) Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales. Universitat de Valencia.

b) Conselleria d' Educació, Investigació, Cultura i Esport. Generalitat Valenciana.

E-mail: Marta.Talavera@uv.es

RESUMEN: El desarrollo de las competencias emocionales es el objetivo de la educación emocional y su fundamentación en la llamada Inteligencia Emocional. Las actividades propuestas para trabajar este desarrollo, así como sus contenidos, objetivos y formas de evaluación, deben estar contempladas en la legislación vigente y plasmarse en una serie de criterios comunes. Teniendo en cuenta, estos criterios, se pueden elaborar programas de formación para el profesorado que les capacite desde un punto de vista emocional, siendo necesariamente revisados y evaluados para comprobar si se cumplen los objetivos propuestos y apoyarse en resultados y datos concretos acerca de sus logros. Sólo de esta manera se llegará a conseguir formadores emocionalmente competentes y, por tanto, una ciudadanía capacitada para conocer y controlar sus emociones, enfrentarse a la problemática diaria y adaptarse a una sociedad en constante cambio.

PALABRAS CLAVE: Competencia emocional, Formación de profesorado, Legislación.

The importance of emotional competency in teacher training

ABSTRACT: The development of the emotional competencies is the aim of the emotional education, based in the Emotional Intelligence. The activities that have been proposed to work this development, as well as its contents, objectives and assessment methods must be contemplated in the existing legislation and should be reflected in a series of common criteria. Given these criteria, training programs can be developed for teachers to enable them -from an emotional point of view-, to see if the objectives are met. Only in this way emotionally competent teachers will be trained and therefore, a citizenship able to understand and control their emotions, deal with daily problems and adapt to a changing society.

KEY WORDS: Emotional competency, Teacher training, Legislation.

1. Introducción

El mundo educativo ha ido tomando conciencia de la importancia de incorporar los aspectos emocionales en lo que debe ser enseñado/aprendido y vivido en las clases y centros educativos. La formación de personas emocionalmente competentes contribuye a lograr mejores climas de convivencia, disminuir la conflictividad y trabajar de una manera más satisfactoria. Esto implica considerar los procesos educativos como procesos holísticos, complejos y necesariamente activos y constructivos. Por ello, “es necesario un planteamiento holístico de la educación y del aprendizaje que supere las dicotomías tradicionales entre los aspectos cognitivos, emocionales y éticos. Aumenta el reconocimiento de que superar la dicotomía entre las formas cognoscitivas y otras formas de aprendizaje es esencial para la educación, incluso entre los que se centran en la medición del rendimiento del aprendizaje en la enseñanza escolar. Se han propuesto recientemente marcos más holísticos de evaluación que desbordan los ámbitos tradicionales de la enseñanza académica y abarcan, por ejemplo, el aprendizaje social y emocional o la cultura y las artes. Estas tentativas ponen de manifiesto la necesidad reconocida de ir más allá del aprendizaje académico convencional, a pesar de las serias reservas que suscita la viabilidad de captar ese importante aprendizaje emocional, social y ético por medio de mediciones, sobre todo a nivel mundial” (UNESCO, 2015).

El desarrollo de las competencias emocionales es el objetivo de la educación emocional y su fundamentación en la llamada Inteligencia Emocional. Estas competencias emocionales integran elementos de un marco teórico amplio, siendo la Educación Emocional aquella que orienta al alumnado para que adquiera conocimientos fundamentados sobre las emociones, dentro de su desarrollo evolutivo, y que sea capaz de valorar las emociones propias y las de los demás, adquiriendo cierto grado de competencia en su regulación (Sánchez Santamaría, 2010; López-Goñi y Goñi Zabalza, 2012).

Estas competencias emocionales deben articularse a través de una Educación Emocional que colabore en el proceso de desarrollo integral de la personalidad del individuo, con herramientas y estrategias emocionales que le permitan afrontar de forma consciente los retos y demandas a los que ha de responder en su vida diaria (Álvarez González, 2001) además de la importancia que tiene el reforzar la dimensión emocional en el proceso de aprendizaje del alumnado, debido a que las emociones tienen una fuerte influencia en la motivación y ayudan a generar un clima idóneo para el aprendizaje en el contexto aula y en el centro (Bisquerra, 2008).

Por todo ello, el objetivo final de trabajar las competencias emocionales debería ser llegar a vivenciar y trasladar estas formas de tratar y manejar las emociones a su vida cotidiana, aprendiendo a reconocer y comprender los sentimientos de las demás personas (alumnado y profesorado), empatizando con el resto de compañeros/as, regulando sus propios estados anímicos, de estrés y/o malestar, y optando, en definitiva, por resolver y hacer frente a los problemas sin recurrir a la violencia. Se trata entonces de enseñar al alumnado a prevenir comportamientos violentos, desajustados emocionalmente, tanto fuera como dentro del aula a través de una serie de actividades para padres, madres, familias y profesorado encaminadas a potenciar la percepción, comprensión y regulación emocional propia y también la de sus hijos/as y alumnos/as (Fernández-Berrocal y Ramos, 2004).

■ 2. La Competencia emocional en la legislación

Estas actividades, así como sus contenidos, objetivos y formas de evaluación, deben estar contempladas en la legislación vigente, para lo cual, de manera muy sucinta, se realiza a continuación un análisis previo de la misma. En primer lugar, a nivel estatal, la Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación modificada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, plantea en su preámbulo: “Se trata de conseguir que todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades, individuales y sociales, intelectuales, culturales y emocionales para lo que necesitan recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades”. En consonancia con ello, el art. 71.1 dice: “Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley”.

Posteriormente, en el desarrollo normativo por parte de las diferentes comunidades autónomas, destacan las particularidades en relación a los aspectos emocionales que realizaron Castilla-La Mancha y Canarias.

En el caso de la primera, centrándonos en la etapa de educación primaria, a través del Decreto 68/2007, de 29 de mayo, por el que se establece y ordena el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se añade una novena competencia a las ocho establecidas a nivel estatal: la competencia emocional. En el Anexo 1 detalla que “el desarrollo de la competencia emocional siempre está asociado a una relación positiva y comprometida con los otros. La actuación natural y sin inhibiciones de forma habitual en las distintas situaciones que le toca vivir es la manifestación más clara de esa competencia emocional”. Sin embargo, la última

actualización normativa curricular por parte de esta comunidad elimina esta competencia y decreta las mismas siete competencias clave que las establecidas en el resto del estado a) Comunicación lingüística, b) Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología, c) Competencia digital, d) Aprender a aprender, e) Competencias sociales y cívicas, f) Sentido de iniciativa y espíritu emprendedor, g) Conciencia y expresiones culturales) según queda establecido en el Decreto 54/2014, de 10/07/2014, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

En el caso de Canarias, a través del Decreto 89/2014, de 1 de agosto, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Primaria, se establece un área de libre configuración autonómica llamada “Educación emocional y para la creatividad” para los cursos 1º, 2º, 3º y 4º. El Anexo 3, plantea que... “su finalidad, eminentemente educativa, es validar el papel que desempeñan los aspectos del mundo emocional y creativo en relación con los contenidos curriculares como proceso y parte que garantizan la educación integral de la persona (...) Educación Emocional y para la Creatividad incide directamente y de forma integradora en la inteligencia emocional (intra e interpersonal) y en la inteligencia creativa. La inteligencia emocional y la creatividad son, entonces, capacidades que se desarrollan y se educan para aumentar el bienestar personal. El alumnado que es más feliz, confiado, asertivo, resiliente, original, innovador, audaz, equilibrado... tiene más éxito en la escuela y en la vida. Desde esta área los niños y las niñas aprenden a reconocer, regular y desarrollar su mundo emocional y creativo de manera afectiva y efectiva para procurarse un sistema de pensamiento que le ayude a tomar decisiones adecuadas según su desarrollo psicoevolutivo”.

En el Informe técnico a petición del Consejo Escolar de Canarias sobre la propuesta de asignatura Educación emocional y para la creatividad plantea que “en tanto que seres humanos, no podemos soslayar el hecho que somos un compendio de capacidades, habilidades y actitudes que se reúnen en torno a varios ámbitos. Entre la comunidad científica y pedagógica, se está de común acuerdo que estos ámbitos son tres: el centro intelectual, el centro motor y, en el caso que nos ocupa, el centro emocional. La educación, tradicionalmente, ha centrado su atención en el centro intelectual, dejando en un segundo plano el motor e ignorando completamente el emocional (...). Las emociones son “educables” y se necesita de un espacio y un tiempo específico para que este aprendizaje se produzca. No basta con que se traten “de forma transversal”. Esto está bien, es correcto, pero es insuficiente para que el alumnado pueda aprender a gestionar eficazmente sus emociones (...). Es necesario establecer un currículo (con un tiempo y un espacio específico) que regule esta

práctica. La educación emocional no responde a una moda, ni a un requerimiento de unos pocos. Se trata de una cuestión vital, tanto personal (del profesorado y del alumnado), como social. De hecho, ante el nuevo paradigma tecnológico es necesario que los niños y las niñas aprendan a aprender, regulando para ello su atención y sus emociones”. Esta interesante publicación apunta múltiples argumentos y razones para justificar la necesidad de incorporar la cuestión emocional al sistema educativo con un espacio curricular concreto (detalla argumentos curriculares, psicopedagógicos, neurocientíficos, sociológicos, productivos y sociosanitarios) (Consejería de Educación Canarias, 2014).

■ 3. La competencia emocional y la formación docente

La necesidad de incorporar la dimensión emocional hace necesario redistribuir las piezas que conforman el puzle de nuestro sistema educativo para que esta decisión aspire a tener ciertas garantías de éxito. De entre las diferentes parcelas que necesariamente deben “actualizarse” resulta imprescindible, aunque no suficiente, la formación del profesorado, tanto la inicial para quien entrará a formar parte del colectivo docente activo como la permanente dirigida al que ya está desarrollando sus funciones en los centros y aulas de nuestro sistema educativo. Se trata de salvaguardar una coherencia entre lo que se enseña y lo que se vive, entre lo que se programe y lo que se realice, entre lo que se aspira a lograr y lo que se prioriza como importante. Por ello resulta fundamental que profesores/as y maestros/as y, en general, el colectivo docente de todo el sistema educativo tenga una formación dirigida a capacitar en los fundamentos de la educación emocional, a capacitar para ello y poder convivir con uno/a mismo/a y los/as demás del mejor modo posible.

Ante la disparidad normativa referida a los aspectos emocionales y sobretudo los relacionados con su concreción curricular a nivel de aula y su operativización metodológica se pone todavía más de manifiesto la necesidad de iniciar y consolidar una formación del profesorado para lograr el desarrollo de la competencia emocional, ya que incluso cuando el profesorado se encuentra concienciado de la necesidad de trabajarla en el aula, en la mayoría de las ocasiones, no disponen de una formación teórica adecuada ni de los medios suficientes para desarrollar metodológicamente esta labor, por lo que sus esfuerzos con frecuencia se centran en el diálogo moralizante ante el cual el alumnado responde con una actitud pasiva (Abarca et al., 2002). Todo ello a pesar de que uno de los objetivos básicos de los centros educativos es que en ellos exista un buen clima de convivencia, que facilite el proceso de enseñanza/aprendizaje y que promueva el desarrollo adecuado del alumnado en los planos social y afectivo (Álvarez-García et al., 2010). Cuando no

se consigue este clima, aparecen conductas violentas que pueden revestir mayor o menor gravedad y dificultar el desarrollo de las clases y llegar a impedir el proceso educativo (Defensor del Pueblo-UNICEF, 2007; De la Fuente et al., 2009; Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana, 2007). Por todo ello, se puede afirmar, que la necesidad de formación de los y las docentes no están cubiertas, a pesar de los múltiples beneficios, sociales, personales y profesionales que esto supondría, tanto para el conjunto del profesorado como para el resto de la comunidad educativa y, por extensión, a toda la sociedad.

Existen diferentes propuestas para abordar la formación del profesorado en la temática emocional, como la de Bisquerra (2005) que propone una asignatura sobre Educación emocional en la formación inicial del profesorado, tanto de educación infantil y primaria como de secundaria y que establece diversas competencias a lograr en el profesorado (comprender la relevancia de las emociones en la educación y en la vida diaria, tomar conciencia de las emociones propias y de los demás, saber regularlas y ejercer un autocontrol emocional en las situaciones conflictivas de la vida ordinaria, en particular en la dinámica de clase...). Para lograrlo plantea su desarrollo a través de estrategias y actividades que deberán ser aplicadas en el grupo-clase, preferentemente en el marco de la acción tutorial.

Torres y Bernabeu (2014) plantean que es necesario acercarse al acto educativo con consciencia, porque al enseñar, lo hacemos desde lo que somos por lo que se hace imprescindible desarrollar nuestra capacidad de reflexión sobre la propia conducta. Por ello, presentan un programa destinado a la mejora en el manejo de las emociones y sentimientos del profesorado, complementando una experiencia vivencial con un marco de referencia que facilite su comprensión desde una perspectiva emocional, racional y corporal; trabajando desde lo fenomenológico, el aquí, el ahora y el propio mundo emocional del docente a través de nueve módulos de contenidos. El objetivo básico es actuar conjuntamente sobre los aspectos emocionales e intelectuales de los/as docentes, generando movimientos profundos y cambios que estimulan la valoración de sí, el autoconocimiento de sus emociones y de su carácter, favoreciendo un proceso de autorregulación emocional y reeducación interpersonal, que permita la adquisición de nuevos recursos y capacidades para ayudarnos a nosotros/as mismos/as y a los/as demás.

Centrándose en la etapa de educación secundaria, Torrijos y Martín (2014) establecen dos objetivos generales: 1. Potenciar el bienestar personal y el equilibrio emocional del profesorado; 2. Favorecer relaciones interpersonales saludables en los contextos escolares.

Estos objetivos son propuestas para ser trabajados a través del desarrollo de cinco competencias: conciencia emocional, regulación emocional, motivación, empatía y habilidades sociales. La intención de su programa es que el profesorado adquiera estas competencias para que las pueda “poner en juego” en todas sus actuaciones como docente, que adquieran sentido como herramientas personales y de relación social y no solamente como actividades que desarrollará con el alumnado. Para pasar del nivel contemplativo de recibir unos contenidos para ser trabajados por el alumnado al nivel activo de formarse y aprender para vivenciar lo emocional junto con el alumnado, evidencian la importancia de utilizar una metodología activa y participativa en su propia formación, basada en las experiencias previas, considerándose necesario y oportuno plantear el diseño y la aplicación de los programas como una estrategia que debe ser flexible y adaptable. De esta manera se entiende, por ejemplo, que aunque en un primer momento el profesorado se interesara más por trabajar en torno a competencias como la empatía o las habilidades sociales, las necesidades más acusadas se detectaron en torno a la regulación y gestión de las emociones, que suelen ser aspectos determinantes en su propia práctica docente.

Dirigida al profesorado universitario, Hué García (2013) plantea un curso estructurado en siete módulos en los que se trabaja cada una de las competencias emocionales del método de pensamiento emocional (autoconocimiento, autoestima, autocontrol, motivación, conocimiento de los/as demás, empatía, liderazgo) y que fue desarrollado entre los años 2003 y 2012 en diversas universidades españolas. Junto a los contenidos específicos del curso, el autor describe una metodología novedosa a través de lo que denomina “dramatización emocional” y “particonferencia”, ahondando en la necesidad de utilizar modos de trabajar menos tradicionales y pasivos y que deben tener un marcado carácter vivencial, competencial y práctico.

Según diferentes autores (Álvarez-García, 2010; Del Rey y Ortega, 2001; Carpena, 2010; Sánchez-Santamaría y Ballester, 2010), estos programas de formación deberían contemplar una serie de aspectos esenciales:

- Se debe atender a la formación continua y permanente del profesorado en activo en relación con estos temas, dándoles a conocer la legislación y técnicas más actuales en cada momento.
- Deben plantearse para mejorar la formación de futuros docentes y del profesorado en activo sobre recursos para la prevención y el tratamiento de los problemas de convivencia escolar.

- Deben plantearse como proyectos de innovación educativa y autoformación, teniendo en cuenta la incorporación de todos los elementos del currículum, desde la acción tutorial a la formación permanente del profesorado.
- Deben dar importancia al clima de centro, revisar y programar acciones educativas que se apliquen de manera permanente y programar actividades para el autoconocimiento y el entrenamiento de técnicas, integrando todo ello en las diferentes materias y/o como ítems a trabajar en horas de tutoría.
- Tener siempre en cuenta, de qué nivel parte el alumnado a quien se dirigen las actividades, sus limitaciones y sus posibilidades, y hacer una propuesta de organización por niveles de dificultad, ajustada al contexto del centro en el que se lleve a cabo la provisión de la respuesta educativa, sabiendo que al finalizar cualquier etapa educativa, el alumnado deberá haber adquirido las dimensiones y criterios competenciales legalmente establecidos y derivados de la normativa vigente.
- Deben reforzar la dimensión colegiada del profesorado, junto con el impulso de procesos de investigación e innovación docente, y la apertura de procesos de formación inicial y permanente.
- Trabajar en el entorno formal y no formal, trabajar desde y en todos los ámbitos, como son el familiar y comunitario, y en todas las etapas del desarrollo del individuo.

Teniendo en cuenta, al menos, estos criterios, se pueden elaborar programas de formación para el profesorado que les capacite desde un punto de vista emocional, siendo necesariamente revisados y evaluados para comprobar si se cumplen los objetivos propuestos y apoyarse en resultados y datos concretos acerca de sus logros. Sólo de esta manera se llegará a conseguir formadores emocionalmente competentes y, por tanto, una ciudadanía capacitada para conocer y controlar sus emociones, enfrentarse a la problemática diaria y adaptarse a una sociedad en constante cambio.

■ 4. Referencias bibliográficas

Abarca, M., Marzo, L., y Sala, L. (2002). La educación emocional en la práctica educativa de primaria. *Bordón*, 54, 505-518.

Álvarez-García, D., Rodríguez, C., González-Castro, P., Núñez, J. C. y Álvarez, L. (2010). La formación de los futuros docentes frente a la violencia escolar. *Revista de Psicodidáctica*, 15 (1), 35-56.

Álvarez González, M. (2001). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. Barcelona: Praxis.

- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19 (3), 95-114.
- Bisquerra, R. (2008). *Educación para la ciudadanía y convivencia. El enfoque de la educación emocional*. Bilbao: Praxis.
- Carpena, A. (2010). Desarrollo de las competencias emocionales en el marco escolar. *CEE Participación Educativa*, 15, 40-57.
- De la Fuente, J., Peralta, F. J., y Sánchez, M. D. (2009). Autorregulación personal y percepción de los comportamientos escolares desadaptativos. *Psicothema*, 21 (4), 548-554.
- Decreto 54/2014, de 10/07/2014, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. (DOCM, 11 de Julio).
- Decreto 68/2007, de 29 de mayo, por el que se establece y ordena el currículo de la Educación primaria Infantil en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. (DOCM, 1 de junio).
- Decreto 89/2014, de 1 de agosto, por el que se establece la ordenación y el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC, 13 de Agosto).
- Defensor del Pueblo-UNICEF (2007). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006*. Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo.
- Del Rey, R. y Ortega, R. (2001). Formación del profesorado como respuesta a la violencia escolar. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 41, 59-71.
- Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad (2014). *Informe técnico a petición del consejo escolar de canarias sobre la propuesta de asignatura "educación emocional y para la creatividad"*. Gobierno de Canarias Fecha de realización: 27/05/2014.
- Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (2004). *Desarrolla tu inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Hué García, C. (2013). Una experiencia de formación en competencias emocionales del profesorado universitario. *Revista d'Innovació Docent Universitària*, Núm. 5, pp. 42-61.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (BOE nº 106 de 4 de mayo de 2006).

- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (BOE nº 295 de 10 diciembre de 2013).
- López-Goñi, I. y Goñi Zabalza, J.M. (2012). La competencia emocional en los currícula de formación inicial de los docentes. Un estudio comparativo. *Revista de Educación*, 357, 1-18.
- Sánchez-Santamaría, J. (2010). La competencia emocional en la escuela: una propuesta de organización dimensional y criterial. *Ensayos. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, Nº25.
- Sánchez-Santamaría, J. y Ballester, M^a.G. (2010). Educar por competencias en la escuela del siglo XXI. En VV. AA. (Coords.), *Conectando redes*. Madrid: Ministerio de Educación – IFIIE.
- Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana (2007). *La escuela: espacio de convivencia y conflictos*. Alicante: Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana.
- Torres Riquelme, C. y Bernabeu Lorente, A. (2014). Desarrollo de la competencia emocional del profesorado para la mejora de la convivencia escolar. En: Navarro, J.; Gracia, M^a. D.; Lineros, R. y Soto, F. J. (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.
- Torrijos Fincias, P. y Martín Izard, J. F. (2014). Desarrollo de competencias emocionales en el profesorado de educación secundaria a través de una intervención por programas. *Revista Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 15 (1), 90-105.

¿Cómo aborda el currículum oficial la competencia emocional en la Educación Primaria y Educación Secundaria?

Elena Zalve, Marta Talavera

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales. Universitat de València.

E-mail: Marta.Talavera@uv.es

RESUMEN: En este artículo se realiza un estudio de la contribución curricular de la competencia emocional en la Educación Primaria y Educación Secundaria por parte del diario oficial estatal (BOE).

En primer lugar, se realiza un análisis de la contribución curricular de las diferentes materias de cada etapa educativa en el tratamiento de las situaciones problemáticas definidas como los más importantes en educación en salud mental y emocional a trabajar en la escuela; en segundo lugar, se estudia la contribución de las materias en la adquisición de las diferentes dimensiones de los contenidos curriculares (conceptos, procedimientos y actitudes). Y finalmente, se analiza las deficiencias de las competencias y subcompetencias de cada situación problemática en las distintas etapas educativas.

PALABRAS CLAVE: Competencias básicas, Salud mental y emocional, Competencia emocional, Educación emocional.

How does the official curriculum address the emotional competency in Primary and Secondary Education?

ABSTRACT: This article is a study of the curricular contribution to the emotional competency in the Primary and Secondary Education taking into account the Official State Diary (BOE). First, an analysis of the contribution of the different curricular subjects of each educational stage in the treatment of the problematic situations in education of mental and emotional health at schools is defined. Secondly, the contribution of the subjects to the acquisition of the different dimensions of the curriculum content (concepts, procedures and attitudes) is studied. And finally, the shortcomings of competencies and subcompetencies of each problematic situation is analysed in different educational stages.

KEY WORDS: Basic competencies, Health promotion, Mental education.

1. Introducción

El conocido Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI *La Educación encierra un tesoro* (Delors et al., 1996) señala que para hacer frente a los nuevos desafíos del siglo XXI se hace imprescindible asignar nuevos objetivos a la educación, y por lo tanto modificar la idea que se tiene de su utilidad. Con objeto de cumplir su misión, la educación debe organizarse en torno a cuatro pilares: a) aprender a conocer; b) aprender a hacer; c) aprender a vivir juntos; y d) aprender a ser. Queda claro que hasta ahora la práctica educativa se ha centrado en el primero, y en menor medida en el segundo. Los dos últimos han estado prácticamente ausentes; los cuales tienen mucho en común con la Educación emocional. Actualmente es creciente la preocupación por el desarrollo emocional en la educación, esto sumado a un nuevo enfoque por competencias de la educación, junto a los cambios metodológicos que empiezan a emerger con fuerza en la escuela, están siendo esenciales para avanzar en el desarrollo curricular y metodológico de la educación, dejar la transversalidad que caracterizó a la LOGSE y pasar a hablar de competencia emocional.

Es clara la convicción de que las emociones pueden educarse, sobre todo desde los primeros años de vida hasta la adolescencia (Marina, 2005). Para que los niños se desarrollen efectivamente, necesitan destrezas sociales y emocionales y para ello, se necesitan entornos que les permita usar esas destrezas en forma constructiva y las oportunidades para practicar sus destrezas, con el fin de ayudar a desarrollar su sentido de identidad. Este proceso con frecuencia se denomina “aprendizaje social y emocional” (Elías y otros, 1997).

Por otra parte, hay evidencias de la importancia y la necesidad de adquirir competencias emocionales por parte de la infancia y la adolescencia de cara al desarrollo personal y profesional (Bisquerra, 2012), debido a que las emociones tienen una fuerte influencia en la motivación y ayudan a generar un clima idóneo para el aprendizaje en el contexto aula y en el centro (Bisquerra, 2008). Así, la literatura más reciente ha demostrado por una parte, la importancia de las emociones en el contexto educativo a la hora de determinar tanto el rendimiento académico de los estudiantes como su adaptación escolar (Morales y López-Zafra, 2009) y por otra, cómo las carencias en las habilidades de inteligencia emocional afectan a los estudiantes dentro y fuera del contexto escolar (Brackett et al., 2006; Ciarrochi, Chan y Bajgar, 2001; Extremera y Fernández-Berrocal, 2003; Mestre y Fernández-Berrocal, 2007; Sánchez-Núñez et al., 2008; Trinidad y Johnson, 2002), revelando que el déficit emocional facilita la aparición de problemas en las relaciones interpersonales,

el bienestar psicológico, y la aparición de conductas disruptivas. Es lógico esperar que los alumnos con buenos niveles de inteligencia emocional presenten menores niveles de impulsividad y mejores habilidades interpersonales y sociales, lo cual favorece el desarrollo de diversos comportamientos. Según estudios sobre la conflictividad en el aula, se aprecia que los sujetos que mejor usan, comprenden y manejan sus emociones son aquellos que obtienen menos partes por falta de disciplina y por agresión, siendo menos hostiles en clase (Mestre, Guil y Gli-Olarte, 2004). De ahí que se proponga la competencia emocional como factor protector de conductas problema como la violencia, la impulsividad y el desajuste emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Mestre, Guil y Segovia, 2007).

Sin embargo, los cambios educativos y sociales suelen ser lentos. A pesar de que ya hace más de veinte años que se está investigando sobre la inteligencia emocional y es apreciable en la primera década del 2000 una progresiva sensibilización social por estos temas con un progresivo incremento del número de publicaciones, investigaciones, experiencias educativas, cursos, conferencias, jornadas, etc., que refleja una voluntad de implantación incipiente de la educación emocional en el contexto educativo, no se puede decir que la práctica educativa se haya visto afectada significativamente por esta propuesta.

Las evidencias que avalan esta carencia emocional en la realidad educativa se aprecia en los siguientes datos oficiales: Según la Encuesta Nacional de Salud de España realizada conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística (datos del 2011-2012), la ansiedad/depresión afecta al 14,6% y los antidepresivos son los fármacos, junto los del colesterol y los antihipertensivos, más recetados por un médico en prácticamente la totalidad del consumo (siempre por encima del 99,5%).

La sociedad actual está preocupada por muchos problemas, como el estrés, la ansiedad, la depresión, la violencia, la agresividad, el consumo de drogas, la anorexia, el acoso escolar, etc. Se puede afirmar que estos problemas tienen un fondo emocional, es decir están vinculados directamente con las emociones. Los artículos de prensa y las noticias de la televisión hablan de la situación escolar actual, de la conflictividad en las aulas y del malestar del profesorado, haciéndonos tomar conciencia de la gravedad de la situación y de la necesidad de atajarlo (Fernández y Teruel, 2005).

Según datos del *Department of Health and Human Services* de EE.UU. (2003), aproximadamente entre un 20% y 30% de los adolescentes se implican en múltiples conductas de riesgo para su salud física y mental, problemas como el consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, conducción temeraria, violencia, y su salud mental,

entre otros. Cifras que según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a falta de datos propios, son generalizables a nuestro país. Como el propio Ministerio reconoce, la introducción de la educación para la salud como materia transversal en el curriculum escolar por la LOGSE, a principios de los 90, no ha logrado que nuestros jóvenes hayan alcanzado los objetivos de salud (entre ellos en salud emocional) inicialmente previstos por nuestras instituciones (Fernández y Extremera, 2005).

■ 2. Metodología

Por todo lo expuesto se llevó a plantear si el currículo escolar de la Educación Obligatoria recoge la educación en el manejo de estas emociones y habilidades sociales. En primer lugar, se realizó un primer estudio estableciendo una propuesta de competencia mental y emocional, las dimensiones que la conforman, los problemas o situaciones a los que se debe poder hacer frente y los contenidos competenciales necesarios para adquirir la competencia enunciada y se analizó la contribución que hacen los distintos currículos oficiales publicados, al amparo de la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006), en el BOE y en el DOCV en el desarrollo de las citadas competencias. Para ello se elaboró un Instrumento de análisis que recoge los problemas de salud a tratar en el ámbito de la salud mental. Tras su confección, se efectuó un estudio Delphi y una reunión presencial de expertos en Promoción de Salud y Educación. Con este Instrumento se comprobó si los currículos oficiales de la Educación obligatoria publicados en el BOE y en el DOCV contribuyen adecuadamente a la adquisición de las competencias en Salud mental y emocional. Posteriormente el análisis curricular se centró únicamente en el currículo del diario oficial estatal (BOE) para facilitar su extrapolación a otras comunidades autónomas estatales.

Los datos obtenidos se estudiaron haciendo un recuento de los ítems de elementos curriculares encontrados para cada situación problemática clasificados por etapas educativas, materias y tipo de contenidos.

Posteriormente se realizó un análisis de esos recuentos que se ha abordado en tres apartados. Un primer apartado que se ha centrado en los cinco problemas definidos como los más importantes en educación emocional realizando un análisis de la contribución curricular de las diferentes materias de cada etapa educativa en su tratamiento escolar. Un segundo apartado donde se estudia la contribución de las materias en la adquisición de los diferentes contenidos curriculares (contenidos, procedimientos y actitudes) integrando los datos de los cinco problemas con el fin de tener una visión global de la problemática. Por otra parte, para facilitar el análisis, se tomó los contenidos curriculares que trabajan un contenido inequívoco de la

Educación en salud mental y emocional (que se diferenciaron en el análisis curricular de aquellos que lo abordan más transversalmente). Y finalmente, en tercer lugar se analiza las deficiencias de las competencias y subcompetencias de cada situación problemática en las distintas etapas educativas.

■ 3. Resultados

Los problemas de salud y las competencias a adquirir por el alumnado de la educación obligatoria que son considerador para elaborar el instrumento de análisis que recoge los problemas de salud a tratar en el ámbito de la salud mental y emocional serían: Estrés; Ansiedad; Depresión; Baja Autoestima; Violencia; y Acoso y Malos Tratos

En la tabla 1 se presentan las competencias en Salud mental y Emocional para hacer frente a los problemas mencionados así como los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo que deben estar presentes en el currículo escolar. Esta propuesta ha servido para llevar a cabo los análisis curriculares posteriores.

Posteriormente el análisis curricular de la presencia de estos problemas y competencias del diario oficial estatal (BOE) concluyó que no todos los problemas son tratados con la misma insistencia, pues ante los diferentes problemas no se aporta el mismo número de contenidos curriculares. Sin embargo, se estimó la necesidad de seguir trabajando en estudios más detallados sobre la aportación de contenidos emocionales de los diferentes elementos curriculares de los diarios oficiales para extraer conclusiones generalizables y posibles propuestas más sólidas para la mejora de la educación emocional en el ámbito educativo. Así, un paso siguiente y objeto del presente artículo es conocer si al nivel que corresponde a cada etapa educativa, se dedican esfuerzos reglados para obtener el bienestar psicosocial del alumno y si existen diferencias entre ellas.

3.1. Contribución curricular de las distintas materias en el tratamiento de los problemas emocionales

Desde una perspectiva holística y general, en base a los totales, se puede apreciar (Gráfico 1) que en la etapa de Primaria las materias que dedican más atención a la competencia en salud mental en ambos currículos se pueden agrupar por su grado de contribución en, por una parte, la Educación física (232), por otra parte, las materias de Conocimiento del medio natural, social y cultural (203), Educación artística (172), Lengua castellana, cooficial y sus literaturas (129), seguidas de la Educación en la ciudadanía y en los derechos humanos (112) y finalmente con poca contribución la Lengua extranjera y Matemáticas (41 y 13 respectivamente).

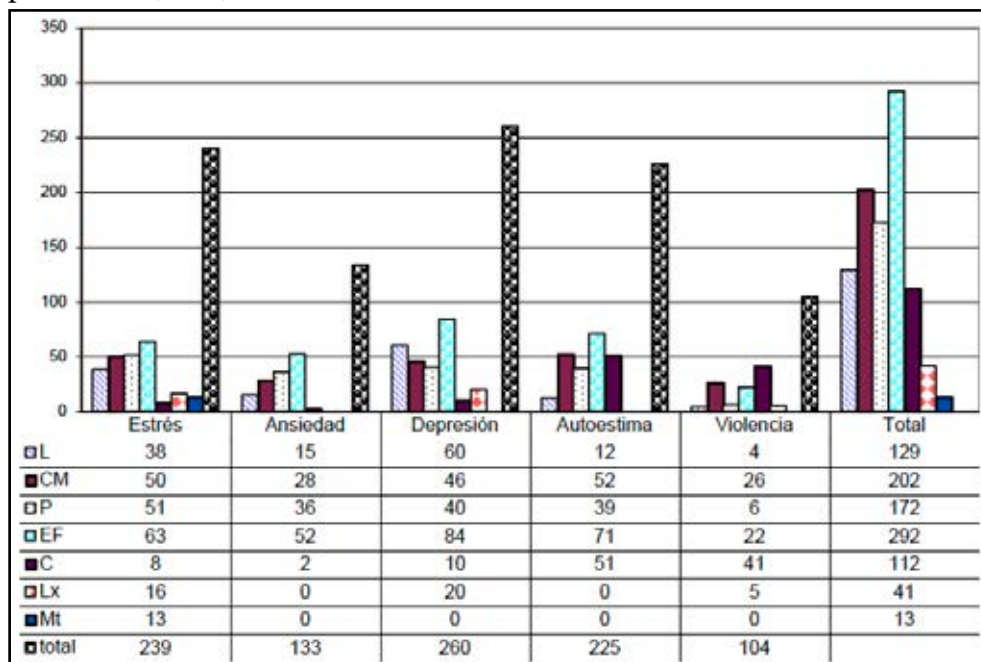
Tabla 1. Problemas de salud y competencias relacionadas con el Ámbito de la Salud Mental y Emocional

<p>Competencia: “DETECTAR Y COMBATIR SITUACIONES DE RIESGO CONDUCENTES A LA ANSIEDAD, ESTRÉS O DEPRESIÓN Y RECHAZAR LA VIOLENCIA EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS”</p>
<p>Saber: Conocimientos conducentes al fomento de la autoestima y de habilidades personales de comunicación.</p>
<p>Saber hacer: Actuar de forma responsable con capacidad para hacer frente a situaciones hostiles. Capacidad de autocontrol. Utilizar las 10 Habilidades para la Vida (Life Skills Education in Schools, OMS, 1993).</p>
<p>Saber ser: Mantener una alta autoestima, asertividad, y practicar las habilidades sociales. Disfrutar del ocio saludable y procurar la Solidaridad con las personas más desfavorecidas.</p>
<p>CONTENIDOS COMPETENCIALES</p>
<p>Situación problemática 1: Ante el Estrés</p>
<p>Conocimientos a adquirir</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nociones sobre el funcionamiento del sistema nervioso autónomo. • Factores de riesgo que pueden conducir a una situación de estrés. • Estrategias de prevención y control del estrés. • Consecuencias en el organismo originadas por el estrés.
<p>Procedimientos a utilizar</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar estrategias de autocontrol emocional. • Contextualizar los diversos problemas que pueden originar estrés. • Utilizar las técnicas para el manejo de situaciones críticas. • Identificar los ejercicios de relajación adecuados a cada situación. • Planificación y gestión de los tiempos.
<p>Actitudes a desarrollar</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisiones dirigidas a superar los problemas causantes del estrés. • Ser paciente con uno mismo y con los demás y aceptar la gestión de los tiempos realizado por otras personas. • Utilizar el sentido del humor en las relaciones personales y en las situaciones cotidianas. • Comprensión ante las personas afectadas de estrés. • Buscar la satisfacción en las situaciones cotidianas (trabajo, familia, amistades, etc.).

Situación problemática 2: Ante la Ansiedad
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Nociones básicas sobre la ansiedad, su génesis, manifestaciones y acciones preventivas. • Formas de terapia para el control de la ansiedad.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Saber utilizar técnicas para reconocer, reducir o evitar la ansiedad. • Saber enfrentarse a situaciones conflictivas. • Identificar y relativizar situaciones y problemas que pueden conducir a la ansiedad
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar los cambios y las nuevas propuestas frente a la tranquilidad de situaciones conocidas. • Utilización de ejercicio físico relajante. • Comprensión ante las personas afectadas de ansiedad. • Decir no de manera asertiva a propuestas de difícil cumplimiento
Situación problemática 3: Ante la Depresión
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Nociones sobre el funcionamiento del sistema nervioso central. • Factores desencadenantes de una depresión. • Manifestaciones en el individuo debidas a la depresión. • Acciones preventivas ante la depresión. • Formas de terapia para el control de la depresión.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Saber combatir los síntomas que la anteceden. • Saber enfrentarse a situaciones conflictivas. • Identificar acciones de ocio saludable. • Mantener relaciones interpersonales enriquecedoras. • Utilizar técnicas adecuadas de ejercicio físico. • Identificar las fases previas de una depresión.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Admitir situaciones de depresión y pedir ayuda a personas especializadas. • Utilizar el sentido del humor y la asertividad en la vida cotidiana. • Mantener un buen grado de comunicación con las personas cercanas. • Admitir el compromiso social como elemento opuesto a la depresión. • Ejercitar la Autoestima.

Situación problemática 4: Ante la Baja Autoestima
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la autoestima como determinante de nuestros sentimientos, conductas y relaciones con los demás. • Técnicas para la toma de decisiones. • Autoestima y autoconcepto. • Manifestaciones en el individuo debidas a una baja autoestima.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar comparaciones con otras personas. • Aprender a decir no de manera asertiva. • Resistencia a la presión grupal. • Saber aplicar técnicas de resolución de dilemas morales y toma de decisiones. • Adquirir habilidades sociales y técnicas de comunicación. • Mantener relaciones personales fluidas y gratificantes.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la Asertividad y el Optimismo en la vida cotidiana. • Procurar la Empatía y la Sociabilidad con las personas de nuestro entorno. • Admitir la necesidad de apoyo. • Ser paciente con uno mismo y admitir la existencia de fallos como parte de la condición humana. • Decir que no de manera asertiva a propuestas de difícil cumplimiento.
Situación problemática 5: Ante la Violencia, el Acoso y los Malos Tratos
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Derechos fundamentales de las personas y normas que lo legislan. • Conocimiento sobre los recursos de apoyo social y derivación de casos. • Técnicas de resolución de conflictos.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los agentes responsables de defensa y ayuda. • Desarrollar la autoestima personal. • Identificar los indicios sobre violencia, acoso o malos tratos.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Solidaridad, comprensión y compromiso con las personas necesitadas. • Colaboración con las autoridades para la erradicación de este problema. • Rechazo ante toda señal de violencia y violación de los derechos fundamentales personales. • Capacidad de decir no de manera asertiva.

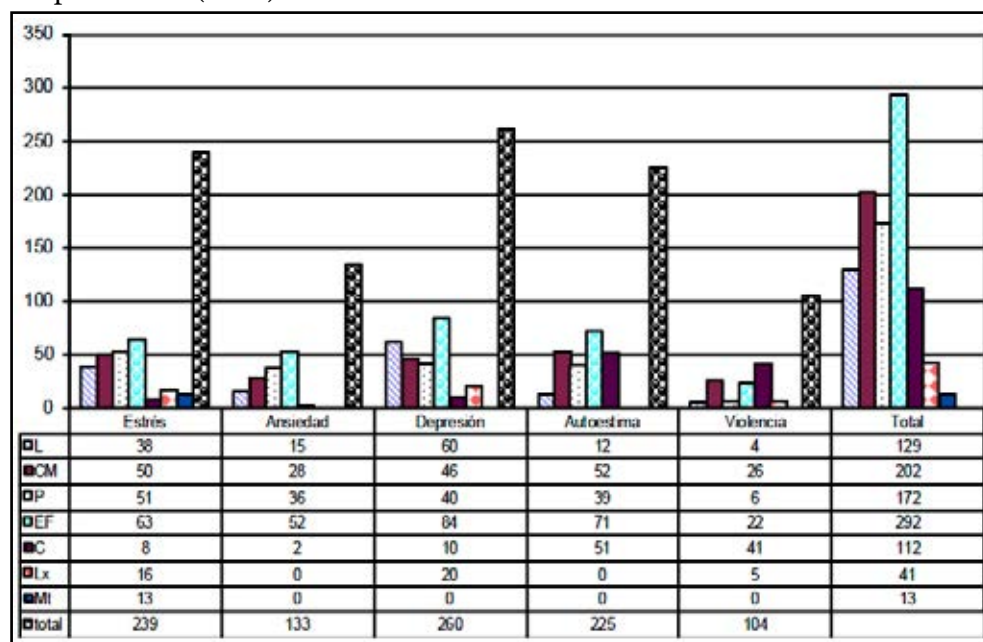
Gráfico 1. Contribución de las materias de Primaria en el tratamiento de los problemas (BOE)



De forma más detallada, se puede apreciar el grado de contribución de las distintas materias en cada uno de los problemas. Así, el estrés es tratado principalmente por la Educación física (63), seguida de la Educación artística, Conocimiento del medio natural, social y cultural y Lengua castellana, cooficial y sus literaturas con similar contribución entre ambos (51, 50 y 38 respectivamente). La ansiedad se aborda exclusivamente por Educación física y Educación artística (52 y 36) y por las Ciencias del medio natural, social y cultural y Lengua castellana, cooficial y sus literaturas (28 y 15 respectivamente), notándose aportación nula del resto. La depresión es tratada en gran medida en Educación física y Lengua castellana, cooficial y sus literaturas (84 y 60 respectivamente), le siguen Conocimiento del medio natural, social y cultural y Educación artística con una contribución similar (46 y 40). La baja autoestima se aborda mayoritariamente por la Educación física y Educación en la ciudadanía y en los derechos humanos y Conocimiento del medio natural, social y cultural (71, 51 y 52 respectivamente) seguidas de la Educación artística (39). Y finalmente, en la violencia se aprecia gran contribución por parte de Educación en la ciudadanía y en los derechos humanos (41), le sigue Conocimiento del medio natural, social y cultural y Educación física de forma similar (26 y 22).

De forma análoga, desde una visión holística y general en base a los totales, se analiza como las materias de Secundaria trabajan los distintos problemas (Gráfico 2). Las que más contribuyen son la Educación física y Ética de forma similar (214 y 209), la Educación en la ciudadanía y los derechos humanos y Lengua castellana, cooficial y sus literaturas con contribuciones similares (178 y 173), seguidamente se encuentran las Ciencias de la naturaleza (89) y la Educación plástica y visual (45), las Ciencias Sociales, geografía e historia, Matemáticas y Música (30, 20 y 16) y finalmente las que menos contribuyen son Informática (9), Historia (7), segunda lengua extranjera (6), Lengua extranjera (4), Latín (3) y Tecnología (2).

Gráfico 2. Contribución de las materias de Secundaria en el tratamiento de los problemas (BOE)



De forma más detallada, se puede observar el grado de contribución de las distintas materias en cada uno de los problemas. Así, el estrés es abordado principalmente por las materias de Educación física y Lengua, cooficial y sus literaturas, seguidas por las Ciencias de la naturaleza de forma similar (60, 56 y 26). La ansiedad se trabaja fundamentalmente por materias como la Educación física, Lengua, cooficial y sus literaturas, seguidas por las Ciencias de la naturaleza de forma similar (54, 28 y 12 respectivamente).

La depresión es tratada principalmente a través de Lengua, cooficial y sus literaturas, Educación física, Ciencias de la naturaleza (79, 57 y 28 respectivamente). En la autoestima se aprecia una mayor contribución desde la Ética (102), Educación en la ciudadanía y derechos humanos (45), Educación física (35) y Ciencias de la naturaleza (23). Y por último, la violencia se aborda especialmente con las materias de Educación en la ciudadanía y derechos humanos y Ética (111 y 104 respectivamente).

En cuanto a la discusión de la contribución de las materias se observa que en Primaria prácticamente todas las materias contribuyen a tratar la competencia emocional, esto puede ser debido a la baja especialización de las materias en esta etapa que permite una mayor grado de transversalidad para abordar los problemas mentales. Por el contrario, en Secundaria se observa que no todas las materias aportan contenidos para trabajar esta competencia dada la mayor especialización de las materias y con ello la pérdida de transversalidad. Sin embargo, se observa que en ambos casos las materias que principalmente contribuyen al tratamiento de Educación en salud mental son las equivalentes en cada etapa aunque variando el grado de aportación de cada una de ellas. Así, tienen mucho peso las materias relacionadas con la salud física como la Educación física y el Conocimiento del medio natural, social y cultural (Primaria) y Ciencias de la naturaleza (Secundaria), lo que es entendible por su influencia directa en el bienestar mental. Según el modelo de intervención psicosocial de Lin y Ensel (1989), la salud física ni la mental ni la social pueden existir solas, el funcionamiento de las áreas físicas, mentales y sociales son interdependientes.

Por otra parte, se aprecia gran contribución de las materias que abordan contenidos relacionados con la expresión y comunicación de los sentimientos y emociones, como las lenguas y sus literaturas, la Educación plástica y Música así como contenidos de Educación Física relacionados con actividades físico-expresivas. Esto se correspondería por el factor de riesgo que supone la falta de comunicación e inhibición en la expresión de sentimientos para el desarrollo de problemas en salud mental. Conocida es la expresión “los límites de mi lenguaje representan los límites de mi mundo” (Wittgenstein, 1922), subrayando la necesidad de un buen dominio del vocabulario emocional que repercute en un mejor conocimiento de las propias emociones. Por otra parte, con respecto a la Educación plástica, Música y contenidos físico-expresivos de la Educación Física. Citar que hay un enfoque terapéutico fundado en los principios de la psicología y de las artes visuales denominado arteterapia que utiliza la creación de imágenes como medio de comunicación principal y se propone como objetivo principal, la escucha interior, la atención y la espontaneidad y la progresiva consideración de estas prácticas que están siendo enfocadas cada vez más sobre todo al terreno de la salud, educación y los servicios sociales, como por ejemplo la musicoterapia (Villacourt, 2009).

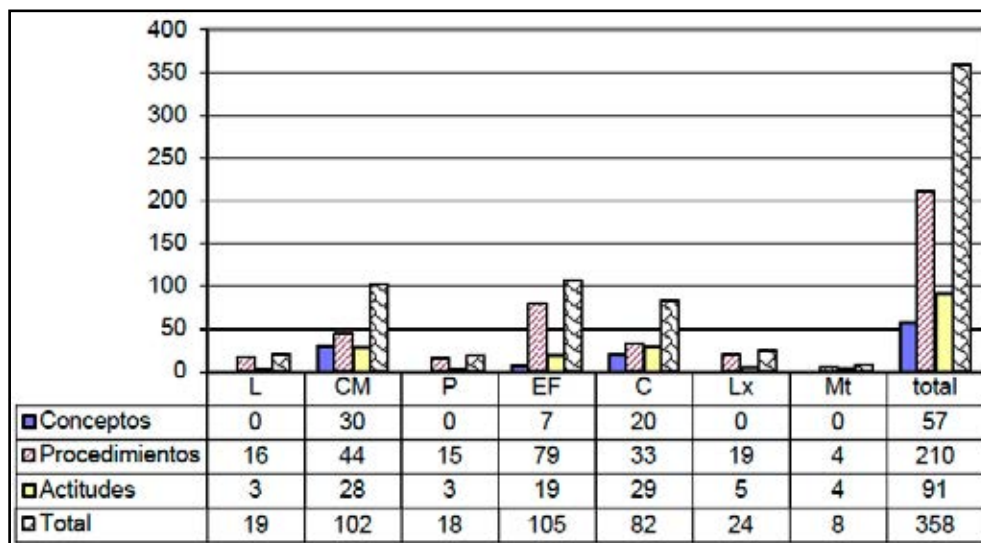
Y finalmente, se observa que las materias de Educación para la ciudadanía y derechos humanos y Ética cogen más fuerza en secundaria, esto va acorde al hecho de que la finalidad de la secundaria es formar a los alumnos para el ejercicio de sus derechos y obligaciones en la vida como ciudadanas y ciudadanos.

3.2. Contribución de los contenidos específicos de las distintas materias a los problemas de salud mental y emocional

Al considerar contenidos específicos que trabajan un contenido curricular inequívoco de la competencia en salud mental y emocional (los cuales se diferenciaron de los contenidos más transversales), se observa (Gráfico 3) un cambio de contribuciones curriculares por parte de las materias de Primaria.

Si se comparan las contribuciones de contenidos totales y específicos (Gráficas 1 y 3) se aprecia una disminución de la contribución curricular en todas las materias de Primaria. Las materias que especialmente disminuyen en su aportación son Educación plástica y visual con una caída de aproximadamente el 90%, Lengua castellana, cooficial y sus literaturas con un descenso de aproximadamente el 85%, Educación física con una disminución del 64% y Conocimiento del medio natural, social y cultural con una caída de aproximadamente del 50%. Esto conlleva un cambio en

Gráfico 3. Contribución de contenidos específicos de las materias de Primaria en el tratamiento de la Competencia en salud mental y emocional (BOE)



posiciones de las materias según su contribución curricular. Las materias en orden decreciente en su aportación específica son, Educación física (105), Conocimiento del medio natural, social y cultural (102), Educación en la ciudadanía y derechos humanos (82) y en menor medida las lenguas ya sea Lengua extranjera (24) como Lengua castellana, cooficial y sus literaturas (19) y la Educación plástica (18) y la que menos aporta son las Matemáticas (8).

Por otra parte, de forma general, en base a los totales como muestra el gráfico 3, se puede afirmar que en Primaria se continúa trabajando mayoritariamente de manera procedimental (210), seguido de actitudinal (91) y menos de forma conceptual (57).

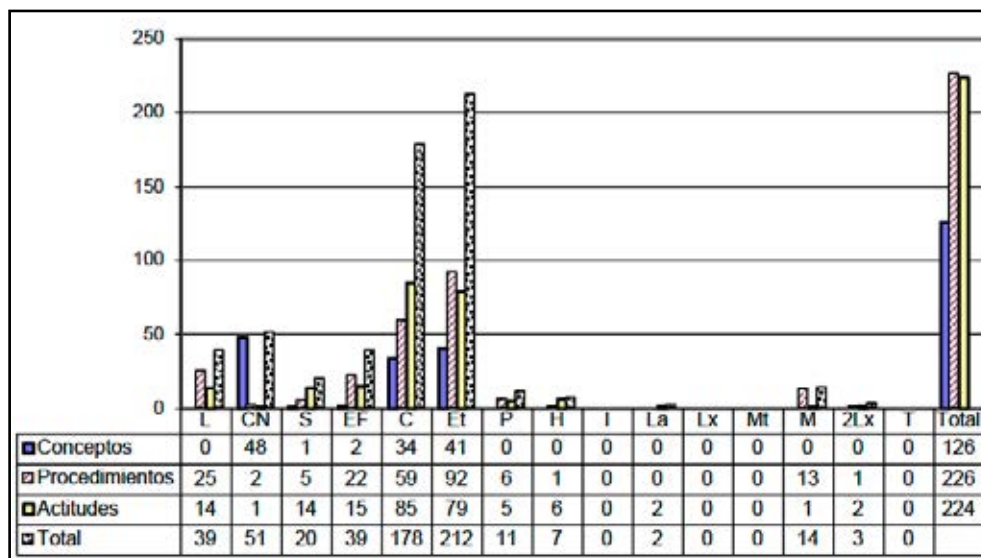
De forma detallada por materias, la Lengua castellana, cooficial y sus literaturas trabajan principalmente los procedimientos (16) y nada de contenidos, Conocimiento del medio natural, social y cultural trabaja más los procedimientos (44) y en menor medida pero también notable y de forma similar los conceptos y actitudes (30 y 28), la Educación plástica y visual trabaja principalmente los procedimientos (15), escasamente las actitudes (3) y nada de contenidos, la Educación física aborda marcadamente más la parte procedimental (79), la Educación en la ciudadanía y derechos humanos aborda de manera similar los tres contenidos, la Lengua extranjera trabaja principalmente procedimientos y nada de contenidos y finalmente, las Matemáticas trabajan un poco los procedimientos y algo actitudes.

Análogamente, en Secundaria se observa (Gráfico 4) un cambio de contribuciones curriculares por parte de las materias.

Si se comparan las contribuciones de contenidos totales y específicos por parte de las materias de Secundaria (Gráficos 2 y 4) se aprecia en la mayoría de las materias una disminución de la contribución al desarrollo de la competencia emocional cuando se estudian sólo contenidos específicos, especialmente en Informática, Matemáticas y Tecnología y primera Lengua extranjera con un descenso del 100%, Educación física alrededor de un 80%, Lengua castellana, cooficial y sus literaturas con una bajada del 77%, Educación artística con un descenso del 75% y segunda lengua extranjera con una caída del 50%. Por otra parte, se observa que la aportación de Educación en la ciudadanía y derechos humanos, Ética y de Historia se mantiene invariable.

Esto lleva a un cambio en posiciones de las materias en su grado de aportación curricular en la que en orden decreciente según su contribución son Ética (207), Educación en la ciudadanía y derechos humanos (178), Ciencias de la naturaleza (51), Lengua castellana y cooficial y sus literaturas y Educación física (ambas 39) y las Ciencias sociales, geografía e historia (20), Música (14) y Educación plástica y

Gráfico 4. Contribución de contenidos específicos de las materias de Secundaria en el tratamiento de la Competencia en salud mental y emocional (BOE)



visual (11) e Historia (7). Las materias que menos contribuyen son segunda Lengua extranjera y Latín y no contribuyen nada la primera Lengua extranjera, Informática, Matemáticas y Tecnología.

Análogamente, de forma general y en base a los totales, tal y como muestra el gráfico 4, en Secundaria se observa una aportación similar de contenidos procedimentales y actitudinales (226 y 224 respectivamente) y en menor medida los conceptuales (126).

De forma detallada y centrándonos en las materias que más aportan contenidos específicos, llama especial atención la variabilidad en tipo de contenidos en las distintas materias. Así, Lengua castellana, cooficial y sus literaturas trata principalmente la parte procedimental (25) y nada de conceptual, las Ciencias de la naturaleza trabajan marcadamente y prácticamente sólo la parte conceptual (48), las Ciencias sociales, geografía e historia aborda más las actitudes (14), la Educación física trata más los procedimientos (22), la Educación en la ciudadanía y derechos humanos aborda más actitudinalmente los problemas (85) y en menor medida conceptos, la Ética trata de forma similar y mayoritariamente los procedimientos y actitudes (92 y 79), la Educación plástica y visual aborda más los procedimientos (6) y nada los conceptos, la Historia principalmente trabaja actitudes y finalmente la Música trabaja más procedimientos y nada los conceptos.

A la vista de los resultados se puede afirmar que la disminución de la contribución de las materias al considerar contenidos específicos pone de manifiesto la diferencia de especificidad entre las materias de Primaria y Secundaria, lo que revela una menor potencialidad de transversalidad en las materias de Secundaria al especializarse en esta etapa. Debido a esto se explicaría asimismo que en Secundaria se encuentran materias sin ninguna contribución curricular específica mientras que en Primaria pese a la bajada en contribución no desaparece completamente su contribución.

Por otra parte, en cuanto al tipo de contenidos que trabaja cada materia se interpreta acorde al grado de transversalidad de la materia. Así, materias con contenidos más transversales y menos específicos como Lengua castellana, cooficial y sus literaturas y Educación artística (primaria) y Educación plástica y visual (Secundaria) fundamentalmente abordan la dimensión procedimental como si los procedimientos fueran un medio para alcanzar contenidos emocionales. Sin embargo materias con contenidos más específicos trabajan más la parte conceptual y actitudinal como si incidieran más directamente con los contenidos emocionales, como Conocimiento del medio natural, social y cultural (Primaria) y Ciencias naturales (Secundaria) que trabajan más los conceptos y Educación en la ciudadanía y derechos que trabaja más actitudes y Ética trata de forma similar los procedimientos y actitudes.

3.3. Análisis de las deficiencias en competencias que presenta el currículum oficial

Se analizaron las deficiencias encontradas en el currículum (BOE) de las subcompetencias propuestas para cada situación problemática en salud mental y emocional. Se diferenció entre las distintas etapas educativas recogiendo aquellos ítems en los que no se observa ninguna contribución curricular o es escasa (por debajo de cinco elementos curriculares). La tabla 2 recoge las situaciones problemáticas y las subcompetencias deficientes para Primaria y Secundaria. Se ha marcado cada ítem al tipo de contenido que corresponden con las siglas C (concepto), P (procedimiento) y A (actitud), asimismo se ha señalado la contribución curricular.

A la vista de los resultados, se aprecia una deficiencia en casi todos los problemas y esta carencia de subcompetencias aproximadamente es por igual en ambas etapas, excepto para el problema de autoestima en la que la Secundaria no se observa deficiencia. Por otra parte, la mayoría de ítems encontrados reflejan una ausencia de contribución conceptual y actitudinal. En Primaria se aprecia más carencia en los problemas de ansiedad, depresión y violencia mientras que en Secundaria tiene mayor carencia el estrés y la ansiedad.

Tabla 2. Subcompetencias deficientes en Primaria Secundaria

Subcompetencias deficientes en Primaria	
Situación problemática	Subcompetencia
Ante el Estrés	C-Nociones sobre el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (2) A-Comprensión ante las personas afectadas de estrés (0)
Ante la Ansiedad	C-Formas de terapia para el control de la ansiedad (2) A-Comprensión ante las personas afectadas de ansiedad (0) A-Decir no de manera asertiva a propuestas de difícil cumplimiento (4)
Ante la Depresión	C-Nociones sobre el funcionamiento del sistema nervioso central (2) C-Factores desencadenantes de una depresión (2) C-Formas de terapia para el control de la depresión (2) A-Admitir el compromiso social como elemento opuesto a la depresión (4)
Ante la Baja autoestima	C-Técnicas para la toma de decisiones (4) P-Saber aplicar técnicas resolución de dilemas morales y toma decisiones (4)
Ante la Violencia, el Acoso y los Malos Tratos	C-Conocimiento sobre los recursos de apoyo social y derivación de casos (4) A-Solidaridad, comprensión y compromiso con las personas necesitadas (4) A-Colaboración con las autoridades para la erradicación de este problema (4)
Subcompetencias deficientes en Secundaria	
Situación problemática	Subcompetencia
Ante el Estrés	C-Nociones sobre el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (4) P-Contextualizar los diversos problemas que pueden originar estrés (0) A-Utilizar el sentido del humor en las relaciones personales y en las situaciones cotidianas (2) A-Comprensión ante las personas afectadas de estrés (0)

Ante la Ansiedad	C- Formas de terapia para el control de la ansiedad (3) A-Valorar los cambios y las nuevas propuestas frente a la tranquilidad de situaciones conocidas (0) A-Comprensión ante las personas afectadas de ansiedad(0)
Ante la Depresión	P-Saber combatir los síntomas que la anteceden (3) A-Utilizar el sentido del humor y la asertividad en la vida cotidiana (0)
Ante la Baja autoestima	
Ante la Violencia, el Acoso y los Malos Tratos	C-Conocimiento sobre los recursos de apoyo social y derivación de casos (0) P-Desarrollar la autoestima persona (1)

■ 4. Conclusiones

En base de los resultados obtenidos, se estima que los currículos oficiales de Educación Primaria y Secundaria Obligatoria en el desarrollo de los Contenidos Mínimos a nivel estatal, no atienden de manera adecuada a la competencia en salud mental y emocional que deben adquirir los jóvenes españoles.

Por una parte hay problemas emocionales que no se abordan y por otra, la inclusión de una educación emocional integrada en el currículo queda limitada por la distribución por materias y supeditada a los contenidos específicos de cada una de ellas, esto hace que resulte difícil incorporar los contenidos propios de la competencia emocional en las áreas o materias y dentro del horario escolar relegando la educación emocional a un segundo plano y realizando meramente tentativas de esta educación sin éxito.

Por tanto, se considera importante que todas las materias abordasen la cuestión emocional y de manera más específica ya que son los contenidos que garantizan que se trabajen en las aulas, ya que si abordamos la dimensión emocional exclusivamente de forma transversal se corre el riesgo de que este a la libre interpretación y voluntad del profesorado el abordar la dimensión emocional. Por otra parte, todos los tipos de contenidos deberían trabajarse más compensadamente ya que como se sabe no se educa personas integralmente formadas si no es con las tres dimensiones de los contenidos. Considerando además la optatividad de las materias, se debe garantizar en todas ellas un determinado contenido emocional en miras a que independientemente de la opción académica que el alumnado escoja se le garantice un adecuado tratamiento de educación emocional.

Para finalizar, se considera oportuno comentar algunos aspectos sobre la nueva ley de Educación, la LOMCE (Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa) que atañen a este trabajo. En primer lugar, con la LOMCE pasan a reducirse las competencias básicas de ocho que establecía la LOE a siete, con lo que, al contrario de incluir y dar protagonismo a la competencia emocional como una más en el currículo, se corre el peligro de que se margine aún más la dimensión emocional entre las competencias básicas. Por consiguiente, una de las posibles propuestas es en relación a la inclusión de la competencia emocional como una competencia básica esencial, como ya lo hizo Castilla la Mancha en la anterior ley educativa (LOE) u otros posibles alternativas como la Comunidad autónoma de Canarias que puso en marcha en el curso 2014-2015 una materia propia denominada “Inteligencia emocional” como optativa de libre configuración autónoma en Primaria. Lo cual muestra que una vez más y desde las autonomías, hay conciencia y se reclama la necesidad de una educación emocional que ha de hacerse extensible al resto de comunidades autónomas y a nivel estatal.

■ 5. Referencias bibliográficas

- Bisquerra, R. (2008). *Educación para la ciudadanía y convivencia. El enfoque de la educación emocional*. Bilbao: Praxis.
- Bisquerra, R. (Coord.), Punset, E., Mora, F., García Navarro, E., López-Cassà, È., Pérez-González, J. C., Lantieri, L., Nambiar, M., Aguilera, P., Segovia, N., Planeéis, O. (2012). *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Espulgues de Llobregat (Barcelona): Hospital San Joan de Déu.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N. y Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 780–795.
- Ciarrochi, J., Chan, A. y Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and individual differences*, 31 (7), 1105-1119.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana.
- Elias M. et al. (1997). *Promoting social and emotional learning. Guidelines for Educators*. Alexandria, Virginia: ASCD (Association for Supervision and Curriculum Development).
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: Hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación*, 332, 97-116.

- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, pp. 1-6.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2005). La Inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19 (3), 21-25.
- Fernández Domínguez, M^a R. y Teruel, M^a P. (2005). La Educación Emocional. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19 (3), 21-25.
- Instituto Nacional de Estadística (2013). Encuesta nacional de Salud 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Obtenido en <http://www.ine.es/inebase/index.html>
- Marina, J. A. (2005). Precisiones sobre la educación emocional. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19 (3), pp. 27-43.
- Mestre, J. M. y Fernández-Berrocal, P. (2007). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Pirámide.
- Mestre, J. M., Guil, R. y Gil-Olarte, P. (2004). Inteligencia emocional: Algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 16.
- Mestre, J. M., Guil, R. y Segovia, F. (2007). Inteligencia emocional: un valor preventivo de la conflictividad en el aula. En: *I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*.
- Morales, M. y López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de psicología* 41 (1): 69-79.
- Sánchez Núñez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J. y Latorre, J. M. (2008). Does emotional intelligence depend on gender? The socialization of emotional competencies in men and women and its implications. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 14.
- Trinidad, D. R. y Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32 (1), 95-105.
- U.S. Department of Health and Human Services (2003). *Trends in the Well-Being of America's Children and Youth 2003*. Washington, DC: Government Printing Office.

Wittgenstein, Tractatus Logico-Philosophicus, y Tractatus Logico-Philosophicus.
“CK Ogden.” (1922).

Vaillancourt, G. (2009). *Música y musicoterapia. Su importancia en el desarrollo infantil*. Narcea Ediciones.



Ámbito 7

Prevención de Accidentes y Educación Vial

La prevención de accidentes escolares desde el desarrollo de competencias

M^a Inés Gabari^a, Raquel Sáenz^b

^aDpto. Psicología y Pedagogía Universidad Pública de Navarra, Pamplona.

^bDpto. Ciencias de la Salud Universidad Pública de Navarra, Pamplona.

E-mail: igabari@unavarra.es, raquel.saenz@unavarra.es

RESUMEN: Los modelos interpretativos respecto a la accidentalidad escolar contemplan una multiplicidad de factores implicados en estos sucesos. El modelo competencial presentado en este capítulo, concede a los sujetos, desde los primeros años, y al entorno, un papel activo en la evitación de estos acontecimientos. El empoderamiento conlleva aprender a conocer, a ser, a aprender y a vivir. La acción competente se desarrolla en diversos contextos de prevención de riesgos y evitación de accidentes. De este modo se pueden desarrollar estrategias de afrontamiento que promuevan el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Esta perspectiva de la accidentalidad traspasa el horizonte de la lesión en sí misma, su mecanismo, elementos implicados y sus consecuencias, para ampliar su mirada respecto al contexto escolar como espacio en el que se fomentan hábitos de salud y seguridad. Resulta primordial que tanto profesorado como alumnado y agentes de la comunidad, aprendan a responder activamente, ejercer su responsabilidad en la toma de decisiones y asumir sus consecuencias, para contribuir al desarrollo del bienestar de las comunidades.

PALABRAS CLAVE: Accidentes escolares, Educación para la Salud, Competencias en salud y seguridad, Prevención, Promoción de la Salud escolar.

Preventing school accidents through competency development

ABSTRACT: The interpretative models regarding school accidents contemplate a multiplicity of factors involved in these events. The competential model presented in this chapter, gives to individuals and the environment, from the early years, an active role in avoiding these events. Empowerment entails learning to know, to be, to learn and to live. The competent action takes place in various contexts of risk prevention and accident avoidance. Thus you can develop coping strategies that promote self-care and adoption of healthy lifestyles.

ISBN: 978-84-16786-72-5

This perspective of accidents goes beyond the horizon of injury itself, its mechanism, involved elements and their consequences, to broaden their perspectives on the school context as a space in which health and safety habits are encouraged. It is essential that teachers, students and community actors, learn to respond actively, exercise their responsibility in making decisions and assuming the consequences, to contribute to the development of the welfare of communities.

KEY WORDS: School Accidents, Health Education, Health and safety competencies, Prevention, School Health Promotion.

■ 1. Introducción

La escuela es un espacio común donde las niñas y los niños pasan muchas horas de su vida. Es el entorno donde una gran densidad de población desarrolla, en una etapa propicia para ello, habilidades, actitudes y comportamientos que permanecen a lo largo del ciclo vital. Estos aprendizajes están relacionados con la adquisición de las competencias de autocuidado y gestión de la propia salud, incluidas como objetivos de la etapa escolar. La meta educativa persigue que los logros se configuren como estilo de vida.

Entre los objetivos planteados desde la Educación para la Salud (EPS) se encuentran los de: informar sobre temas de salud, formar hábitos saludables e influir en la conducta de las personas en beneficio de su bienestar. Sus contenidos incluyen **1)** temas y **cuestiones de mayor tradición**, como los relacionadas con: alimentación y nutrición, higiene personal, prevención de enfermedades, primeros auxilios, peligros del alcohol y ejercicio físico; **2)** los ligados a las **demandas del momento**, por ejemplo: prevención de drogodependencias, sexualidad y anticoncepción, peligros del tabaco, información sobre cáncer y sida, educación vial/accidentes de tráfico y nuevas adicciones-biorritmos y **3) otros**, relacionados con: la salud mental, convivencia familiar, manejo de riesgos/tensiones, problemas de adaptación y autoestima (Perea, 2002; Salvador, Suelves & Puigdollers, 2008).

Las intervenciones educativas pueden reducir significativamente las conductas de riesgo escolar y contribuir a la adquisición de competencias en el cuidado de la salud, facilitando la elección de conductas saludables a lo largo de la vida, tal y como se ha demostrado en investigaciones llevadas a cabo en este campo (Maes & Lievens, 2003; Greenberg et al., 2003; Gabari & Buitrago, 2006; Glanz, Rimer & Viswanath, 2008; Talavera & Gavidia, 2013).

De acuerdo con las líneas de investigación actuales centradas en la creación de escenarios y de entornos que apoyan la salud, que la escuela sea un lugar seguro, precursor del ámbito laboral, social y personal es una responsabilidad de todos los profesionales implicados. La cultura de la promoción precisa desarrollar enfoques basados en la salud en sentido amplio, incluyendo la emocional y la de convivencia, como factores fundamentales fortalecedores de las personas para la consecución de un alto índice de bienestar (Ansa et al., 2004).

■ 2. Accidentes escolares: factores implicados y modelos interpretativos

Los accidentes representan hoy en día uno de los principales problemas en el ámbito de la salud pública, pudiendo decirse de ellos, en general, que son acontecimientos involuntarios, eventuales y anómalos de los que resulta o puede resultar un daño físico y psíquico más o menos grave, así como discapacidades o problemas resultantes de su efecto. A nivel mundial, los accidentes constituyen una de las principales causas de muerte en el tramo de edad comprendido entre los 0-15 años. Los accidentes de tráfico, los ahogamientos y los politraumatismos son claro ejemplo de ello (Peden et al., 2008).

En la población de niños y niñas menores de cinco años, la mayoría de las lesiones se producen en el hogar, mientras que en la franja comprendida entre 6-12 años cobran especial importancia los producidos en espacios de ocio, además de los que tienen lugar en los centros escolares. En la Unión Europea, aproximadamente 42.000 niños y niñas con edades comprendidas entre 0-19 años sufren cada año lesiones no intencionadas, suponiendo la primera causa de morbilidad y discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008).

Pese a que el origen de los accidentes ocurridos durante la infancia es multicausal, una gran parte de ellos suele ser consecuencia de defectos de previsión o de seguridad en la construcción y funcionalidad de materiales, objetos o estructuras de los bienes de uso o consumo. En este sentido, por lo que se refiere a los FACTORES AMBIENTALES relacionados con los siniestros infantiles, es preciso tener en cuenta, lo recogido en la Tabla 1.

Existen también accidentes provocados por la falta de habilidad, inmadurez, insuficientes aprendizajes y habilidades, impulsividad, así como la propia imprevisión que la persona genera o produce con sus comportamientos o conductas (Azeredo & Stephens-Stidham, 2003; Saluja et al., 2004; Khambalia et al., 2006; Unni, Locklair, Morrow & Estrada, 2012).

Por otro lado, los accidentes no se producen por azar, sino que en la mayoría de los casos resulta relativamente fácil identificar la variedad de motivos existentes. Frente

Tabla 1. Accidentes infantiles: Factores ambientales

OBJETOS. Determinado por sociedad			
DIMENSIONES (según edad)	TOXICIDAD	COLORIDO	NORMAS DE SEGURIDAD
Juguetes Objetos varios	De los objetos propios De los objetos diversos De productos específicos	Interés Atracción Error Interpretación	Piezas pequeñas Parques infantiles Circulación vial Circulación en escuela Escaleras/pasillos Cocina/comedores Polideportivos
ORGANIZATIVOS. Determinado por adultos			
ACCESIBILIDAD	USO DEL ADULTO Y DEL NIÑO/A		CONTROL
Productos Mobiliario y accesorios Objetos de uso infantil Objetos no válidos	Uso compartido de algunos objetos Uso único del adulto sin presencia del niño/a Uso del adulto reflexionando con el niño/a		Actividades Horarios Objetos

Fuente: Elaboración propia.

a estos eventos, lo que resulta realmente alarmante es que, en muchos casos, los accidentes se podrían haber evitado si se hubiesen adoptado las medidas preventivas necesarias, tal y como mantienen Sahin & Erkal (2012).

El AGENTE DEL ACCIDENTE O MECANISMO implicado, suele ser un objeto peligroso, en sentido amplio, puesto que puede ser peligroso en sí mismo (los enchufes sin protección, la temperatura excesiva del agua...), o por un defecto de diseño o de construcción (aristas angulosas o acabados en punta, material de fabricación tóxico...), o porque el uso que se hace del objeto es incorrecto (introducir bolígrafos en el pabellón auditivo, inhalar pegamentos, colocar repisas próximas a ventanas...). Desde esta perspectiva, además de los que son peligrosos en sí mismos, implican riesgo tanto los elementos arquitectónicos, como aquéllos habituales en hogares, escuelas o

en la calle, o los propios juguetes con los que ocupan el tiempo los niños y niñas. Según la clasificación realizada por el Comité Nacional para Prevención de Accidentes en la Infancia de la Asociación Española de Pediatría (Miranda & Esparza, 1998) y otras propuestas (Casani, 2004; Romero, 2007) los accidentes pueden producirse por los agentes o mecanismos que se recogen en la Tabla 2.

Tabla 2. Accidentes infantiles: Mecanismos/agentes

Transporte	Intoxicación	Quemaduras	Cuerpo extraño en vías naturales	Caída a distinto nivel
Viajero: ferrocarril, automóvil, bicicleta, embarcación... Peatón: automóvil, motocicleta, bicicleta	Gases Medicamentos Productos de uso doméstico Plaguicidas	Fuego Líquido Objeto caliente Cáustico	Oído Nariz Vía aérea	Ventana Escalera Cama, cuna, muebles Árbol, zanja, terraplén
Golpe por un objeto (balonazos)	Animales (mordeduras, desplazamientos)	Explosión de un recipiente a presión	Colisión con un objeto fijo	Caída al mismo nivel
Uso maquinaria de riesgo	Ingestión de cáustico	Electricidad	Arma de Fuego	Instrumento u objeto cortante o punzante
Sofocación mecánica (estrangulamiento, apnea)	Inhalación de compuestos químicos	Atragantamiento	Asfixia y sumersión	Presencia incontrolada de agua

Fuente: Elaboración propia.

La atención al tema de los accidentes, tanto por su relevancia en la salud durante la infancia y la adolescencia, como por el cambio de enfoque que precisa para disminuir su incidencia y consecuencias, conlleva necesariamente una responsabilidad por parte de las instituciones competentes para desterrar el mito de la mala suerte referido por Suelves (2009).

El niño y la niña, por su propio desarrollo, edad madurativa, niveles de exigencia y control, no poseen los recursos de los adultos. Los contextos escolares seguros facilitan la ausencia de daños causados tanto al alumnado como al profesorado. Las últimas publicaciones sobre legislación educativa amplían el ámbito de seguridad y protección, incluyendo problemas de falta de seguridad emocional (acoso) y falta de seguridad pedagógica (enseñanza discriminatoria). Por tanto, si es necesario mejorar en la seguridad de los centros en sus instalaciones, es todavía más urgente forjar una colaboración transdisciplinar más sólida entre la legislación educativa y su contexto de aplicación para disminuir el número de lesiones de la esfera afectiva (sentimientos de minusvalía, baja autoestima, inseguridad, incluso suicidios) que padecen los niños y niñas en el entorno escolar (De Waal & Grosser 2014).

Para ello, es preciso valorar tanto las características generales del grupo de población al que pertenece el niño/a que se accidenta (rasgos específicos de la edad, núcleo cultural, medio social...), como las características individuales que hacen único y singular a cada sujeto. En la Tabla 3 sintetizamos aquellos FACTORES PERSONALES fundamentalmente implicados en la incidencia de accidentes en la infancia.

Tabla 3. Accidentes infantiles: Factores personales

MADURATIVOS			
PSICOMOTOR	COGNITIVO		PERSONALIDAD
Psicomotricidad gruesa	Comprensión de situaciones		Autocontrol Afán de riesgo Prudencia Rebeldía/docilidad Impulsividad
Habilidades generales	Comprensión de normas		
Equilibrio	Razonamiento		
Coordinación general	Comprensión relaciones causales		
Habilidades finas	Comprensión-expresión verbal básica		
Dominio espacio-temporal	Estilos perceptivos impulsivo/reflexivo		
ACTITUDINALES			
CURIOSIDAD	IMITACIÓN	EXPERIMENTACIÓN	PROVOCACIÓN
Deseo de conocer	Del adulto	Comprobar qué pasa	Autoafirmación
Deseo de probar	De los iguales	Mirar si ocurre anunciado	Enfrentamientos
Deseo de mirar	De los menores	Verificar y repetir Controlar los elementos	Deseo de decidir

Fuente: Elaboración propia.

Cada uno de los factores, su consideración en conjunto y su interrelación con los otros, van a ser decisivos a la hora de plantear la prevención: con una enseñanza individualizada en la familia, en la escuela infantil y durante la etapa primaria. El objetivo es afrontar diversas situaciones (huyendo de la sobreprotección y la evitación), y fomentar la adquisición de recursos para un desarrollo armónico (de equilibrio entre su edad cronológica y la madurativa). La separación de los factores determinantes en la ocurrencia de un accidente es, cuando menos, un artificio del análisis para: comprender la dimensión compleja del problema y enfocar las medidas de prevención pertinentes. Algunos de los modelos que clasifican los factores se recogen en la Tabla 4.

Tabla 4. Accidentes infantiles: Modelos de clasificación de factores

TRIANGULAR	MULTICAUSAL	EPIDEMIOLÓGICO DE LA RUEDA
Empleado clásicamente en estudios epidemiológicos, considera que la ocurrencia de accidentes confluyen: víctima, agente y medio	Considera el accidente como la consecuencia de diversas cadenas de causas que se relacionan unas con otras	Considera el accidente como el resultado de la relación del hombre con el ambiente que le rodea. El agente queda incluido en los factores biológicos, sociales y físicos
COMPETENCIAL		
Enfoque centrado en cómo mantener la salud. Tanto los sujetos, desde los primeros años, como el entorno abordan la promoción de la salud desde la óptica de los activos. El empoderamiento conlleva aprender a conocer, a ser, a aprender y a vivir. La acción competente se desarrolla en diversos contextos de prevención de riesgos y evitación de accidentes		

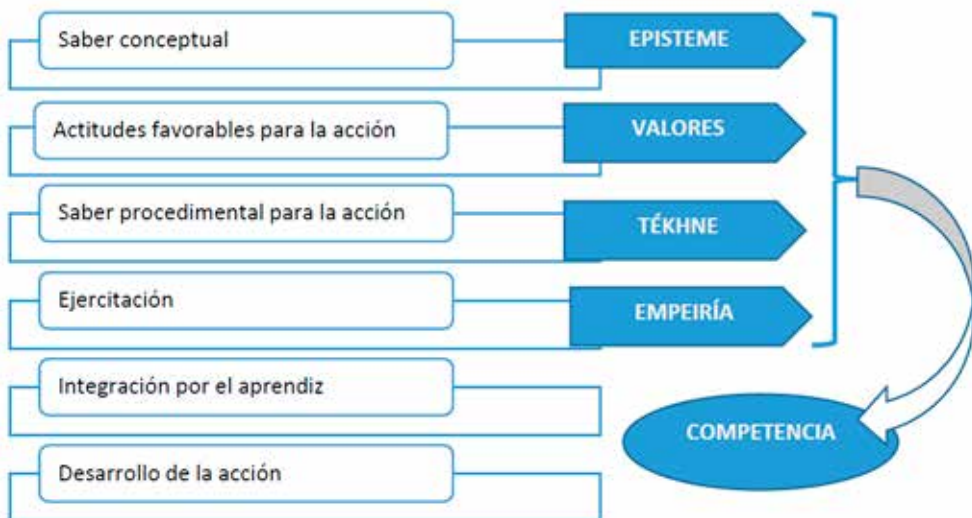
■ 3. Habilidades para la vida y desarrollo de competencias en la educación del siglo XXI. ¿Es posible capacitar al alumnado para gestionar su propia salud?

De todos los accidentes infantiles, el 15% ocurren en entornos escolares. Como ya hemos apuntado, en estos espacios los niños y niñas pasan una gran parte de su tiempo, y donde, además, realizan actividades, como determinados juegos y deportes, que implican riesgos añadidos a los habituales (Mackay & Vincenten, 2012). Durante el juego, los niños y niñas participan de situaciones sociales en las que aprenden a cooperar y a resolver problemas sociales. La conducta prosocial implica el desarrollo

de actitudes de salud y bienestar y la adopción de conductas seguras y de convivencia positiva. Investigaciones recientes evidencian la importancia de las intervenciones dirigidas a fomentar la empatía como un instrumento de desarrollo de la personalidad infantil, estimulando su progresivo descentramiento egocéntrico a través de la presentación de las perspectivas de los sentimientos ajenos, utilización del razonamiento, explicación de las consecuencias de su conducta y la exposición a modelos empáticos (Garaigordobil, 2002; Garaigordobil & De Galdeano, 2006).

En los últimos veinte años, la comprensión de la realidad y las relaciones entre las personas y las distintas disciplinas han experimentado un cambio sustancial. Inmerso en este entramado resurge el término competencia que se sitúa en el centro del debate en torno a la educación actual. Si bien es cierto que no es una creación nueva, su aceptación actual no está exenta de renovación en lo que a su transferibilidad se refiere. Ese matiz de aplicación práctica se corresponde con los grados del saber a los cuales ya hacía referencia Aristóteles en su libro primero de la Metafísica. Se puede corresponder el saber conceptual o proposicional con la *episteme*, el saber procedimental con la *tékhne* y el saber que surge de la ejercitación con la *empeiria*. La enseñanza y el aprendizaje de las *technai* (saberes prácticos) exigen un proceso de interiorización. Por ello, además de lo que el alumnado recibe porque oye y porque ve, se precisa un ejercicio (*epitedeuma*) de cada una de ellas (Hernández, 2004), como aparece representado en la Figura 1.

Figura 1. La competencia como proceso integrador del aprendizaje



Fuente: Adaptado de Hernández (2004).

En los años 60 este concepto encontró en el ámbito laboral un espacio adecuado en el que las empresas buscan personas competentes y cualificadas (Le Boterf, 2001). Sin embargo, es en el contexto educativo donde éstas han alcanzado un notable protagonismo. La definición propuesta por la UNESCO en 1999 entiende la competencia como el conjunto de conductas socioafectivas y destrezas psicológicas –cognitivas y sensoriomotoras- que permiten llevar a cabo adecuadamente acciones de la vida cotidiana.

Se puede decir que toda competencia incluye un ‘saber’, un ‘saber hacer’ y un ‘querer hacer’ en contextos y situaciones diversas dependiendo de los objetivos que se planteen. Incluye la movilización de componentes conceptuales (saber), procedimentales (hacer) y actitudinales (ser).

Estas premisas son el hilo conductor de proyectos destacados, que han llevado a reformular el currículo escolar en torno al concepto de competencia en el marco de la Unión Europea y a nivel internacional. La evolución del desarrollo normativo de las competencias en educación se recoge en la Figura 2. En el plano global se incluyen las propuestas por la UNESCO, el proyecto *Definition and Selection of Key Competencies* (DeSeCo) auspiciado por la OCDE y las propuestas por el Marco Europeo de Educación permanente. En nuestro país, en concreto, este concepto se recoge, por primera vez dentro de la definición del *currículum*, a partir de la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006) y se mantienen en la actual Ley Orgánica de Mejora de la Calidad de la Enseñanza (LOMCE, 2013).

Sin pretender dar una respuesta al interrogante planteado en este epígrafe ¿Es posible capacitar al alumnado para *gestionar su propia salud*? Una primera aproximación podría mantener una concordancia con los modelos anteriormente expuestos (Tabla 4). En concreto, la aplicabilidad del modelo competencial desde las etapas tempranas permitiría que los alumnos/as conozcan y perciban su salud, hagan del estilo de vida saludable un hábito permanente, aprendan a prevenir situaciones de riesgo y adopten conductas de bienestar, en espacios de convivencia en los que la salud física y mental se perciba como un bien social.

En comparación con otros temas, en España son escasas las publicaciones fruto de producción científica que haya profundizado en la EPS en el currículo por competencias. *El desarrollo de competencias en la Escuela ante los problemas de salud* realizado por el grupo de investigación COMSAL de la Universidad de Valencia en 2012, es el ejemplo más cercano de investigación aplicada en el marco de la LOE-LOMCE. Está centrada en la concreción de un instrumento de análisis de competencias en salud.

Figura 2. Evolución normativa sobre Competencias

Fuente: Elaboración propia.

4. Educación para la Salud en Primaria. De la prevención a la promoción

Las administraciones educativas y sanitarias, conscientes de la importancia de la educación para la salud en el entorno escolar, han llevado a cabo diferentes reformas en los últimos años (Ley General de Sanidad 1986; LOGSE, 1990; LOCE, 2002; LOE, 2006; LOMCE, 2013) para incluir en el currículo formal estos contenidos. La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud dentro del Sistema Nacional de Salud, reivindica una estrecha colaboración del equipo de Atención Primaria con los sectores de población en el que los Centros de salud están inmersos. Ahora bien, la factibilidad para llevar a cabo estos planteamientos tropieza con la escasez de profesionales de salud en los centros educativos, o con la sobrecarga de trabajo de los adscritos a los centros escolares de las Zonas Básicas de Salud.

El primer tema a afrontar es el cambio en la consideración que la EPS ha tenido en los últimos 30 años. La transformación del concepto de salud y su promoción no

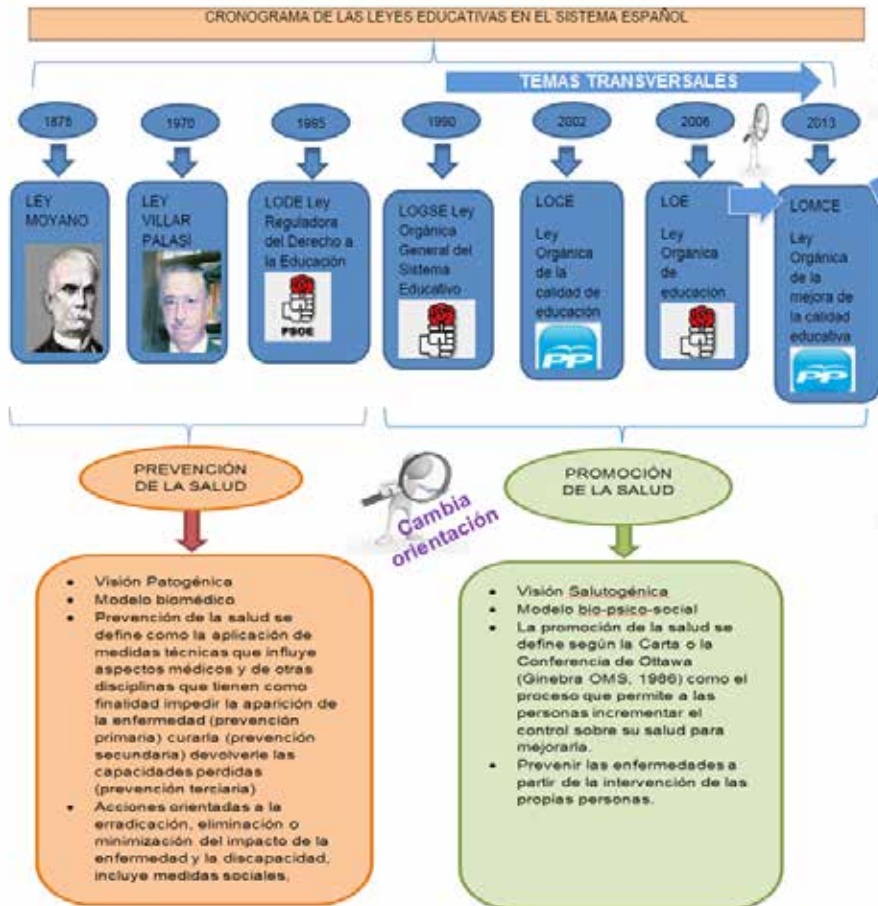
ha sido ajena a esta realidad. La eliminación de riesgos, la prohibición de determinadas conductas y los contenidos preventivos/normativos constituyen el objetivo de la primera etapa. Durante este proceso se ha desmarcado de una óptica patogénica y se ha dado un giro hacia una perspectiva salutogénica en dirección hacia la salud, el bienestar y la promoción de la autonomía.

Las reflexiones que se plantean en párrafos anteriores pueden extenderse a este cuestionamiento con matices como: cuál es la responsabilidad del profesorado, si se precisa contar con otros profesionales, cómo se evalúan los aprendizajes, etc. La enorme complejidad en lo que a la Educación para la salud se refiere, conlleva necesariamente presentar un breve recorrido histórico en cuanto a su consideración y tratamiento que se recoge en las sucesivas leyes de educación de nuestro país (ver Figura 3).

En el año 1990, la LOGSE establece por primera vez de forma explícita, que la Promoción de la Educación para la Salud (PES) es un tema transversal que cuya complejidad precisa del abordaje trans e interdisciplinar del resto de materias curriculares (Áreas de conocimiento del medio, Educación Física, Matemáticas, Lengua...). El concepto de transversal tenía un significado que se refería fundamentalmente al aspecto metodológico, hasta el punto que la esencia de los temas transversales *no se encontraba ya en la forma en la que se organizan curricularmente, sino en cómo se concebían conceptualmente, en qué contenidos se daban, en las actitudes del profesorado y en las estrategias que se utilizaban con estos temas, pues ello condicionaba no sólo su tratamiento en las aulas sino el del resto de las materias* (Gavidia, Aguilar & Carratalá, 2011). Desde su aparición desde 1990 como contenido transversal ha calado profundamente en el ámbito educativo, siendo los docentes, profesionales de la salud y el resto de los miembros de la comunidad escolar, los verdaderos artífices de su consideración como contenido curricular integrado en las actuales competencias. Existe un compromiso serio por parte del profesorado para la inclusión de estas competencias de salud en la programación de aula. Bien es cierto, que es necesario definir cuales son las subcompetencias que le dan forma e incluir algunas como las competencias emocionales, cuya ausencia formal en los programas precisa de un replanteamiento de las mismas.

La LOE establece en todos los niveles de enseñanza obligatoria entre otros objetivos, aquellos tendentes a afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales y a valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente. Incluye la EPS en las áreas de: *Conocimiento del Medio natural, social y cultural, Educación Física y Educación para la Ciudadanía*. En el año 2013 la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad de en la Enseñanza (LOMCE) no otorga ningún cambio sustancial al desarrollo de esta materia. En la propuesta de

Figura 3. Sistema educativo español: Leyes educativas



Fuente: Gabari, Sobejano y Sáenz (2015)

la nueva ley, las competencias están basadas en el Marco Europeo de la Educación permanente, encaminadas a propiciar una ciudadanía activa para resolver los problemas de inclusión social y generar empleo. Se sigue considerando la EPS desde un tratamiento de transversalidad, cuyo contenido puede incluirse en las áreas de: Conocimiento *del Medio Natural*, *Educación Física*. Desaparece la *Educación para la Ciudadanía* que se incluye junto con las Competencia Social y Ciudadana y la Competencia en el Conocimiento y la interacción con el mundo físico en lo que se denomina *Competencia social y cívica*. Se mantienen los objetivos generales de etapa y se modifican los elementos transversales. Los criterios de evaluación se conservan, surgiendo los estándares de aprendizaje evaluables, como indicadores objetivos que posibiliten la evaluación (Tabla 5).

Ámbito 7: *Prevención de Accidentes y Educación Vial*

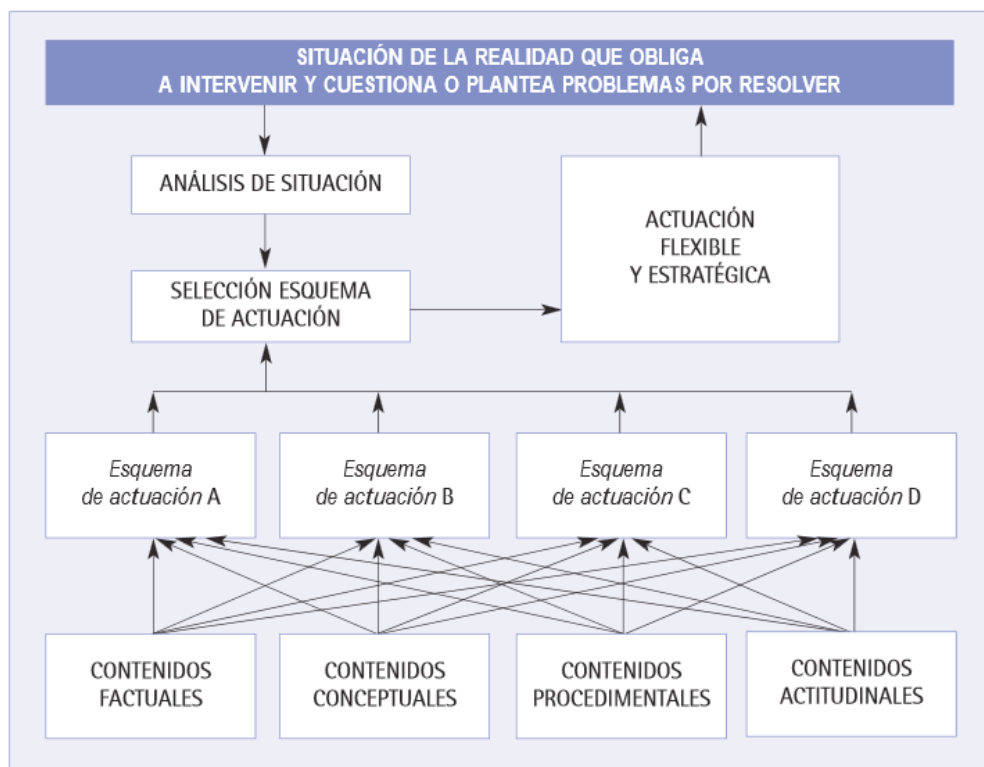
Tabla 5. Educación para la salud. Cambios en la LOMCE (2013)

LOMCE 2013				
Objetivos Generales de Etapa Educación Primaria	k) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social.			
<i>Se mantienen</i>	n) Fomentar la educación vital, y actividades de respeto que indican en la prevención de los accidentes de tráfico.			
CONTENIDOS ÁREAS LOMCE 2013 (BON 174/2014)				
Elementos Transversales	Ciencias de la Naturaleza	Ciencias Sociales	Educación Física	Valores Sociales y Cívicos
<p>5) Las Administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la dieta equilibrada formen parte del comportamiento infantil.</p> <p>6) En el ámbito de la educación y la seguridad vial, las administraciones educativas incorporarán elementos curriculares y promoverán acciones para la mejora de la convivencia la prevención de los accidentes de tráfico.</p> <p><i>Se modifican</i></p>	<p>Bloque 1: “Iniciación de la actividad científica”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de prevención de enfermedades y accidentes en el aula y en el centro. - Utilización de diversos materiales, teniendo en cuenta las normas de seguridad. <p>Bloque 2: “El ser Humano y la salud”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud y enfermedad. Principales enfermedades que afectan a los aparatos y sistemas de organismo humano. - Hábitos saludables para prevenir enfermedades. La conducta responsable. Efectos nocivos del consumo de alcohol y drogas. <p>Bloque 3: “Los seres vivos”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeto a las normas de uso, de seguridad y de mantenimiento de los instrumentos de observación y de los materiales de trabajo. - Normas de prevención de riesgos. 	<p>Bloque 1: “Contenidos Comunes”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso y utilización correcta de diversos materiales con los que se trabaja. <p>Bloque 2: “Vivir en Sociedad”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación vial. Adquisición de conocimientos que atribuyan a consolidar conductas y hábitos viales correctos. 	<p>Bloque 4: “Actividad física y salud”</p> <ul style="list-style-type: none"> - El cuidado del cuerpo. Adquisición de hábitos corporales y alimentarios saludables y autonomía en la higiene corporal. - Mejora de las capacidades físicas orientadas a la salud. - Prevención de lesiones en la actividad física. - Reconocimiento de los efectos beneficiosos de la actividad física en la salud y el bienestar e identificación de las prácticas poco saludables. - Medidas de seguridad en la práctica de la actividad física. Uso correcto de materiales y espacios - Utilización de las TIC en la búsqueda de información relativa a la salud. - Los primeros auxilios en la práctica deportiva. 	<p>Bloque 1: “La identidad y la dignidad de la persona”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol. La regulación de los sentimientos. La resiliencia. <p>Bloque 2: “La comprensión y el respeto en las relaciones interpersonales”</p> <ul style="list-style-type: none"> - La empatía. La inteligencia interpersonal. El altruismo. - Los primeros auxilios. La prevención de accidentes. Los primeros auxilios a los demás. <p><i>Se añade</i></p>

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	p.ej. 5º EP	p.ej. 4º EP	p.ej. 5º EP	p.ej. 6º EP
	3. Relacionar determinadas prácticas de vida con el adecuado funcionamiento del cuerpo.	7. Fomentar la seguridad vial en todos sus aspectos...	12. Identificar e interiorizar la importancia de la prevención, la recuperación y las medias de seguridad en la realización de la práctica de la actividad física.	7. Realizar primeros auxilios en caso de necesidad, valorando la importancia de prevenir accidentes domésticos y escolares utilizando el conocimiento de medidas preventivas.
ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE EVALUABLES	3.1. Reconoce y explica estilos de vida saludables.	7.1. Valora la importancia que tiene el respeto de las normas y señales de tráfico y conoce su significado.	12.2. Explica y reconoce las lesiones y enfermedades deportivas más comunes con sus medidas preventivas.	7.3. Demuestra que es capaz de realizar primeros auxilios en caso de necesidad.
<i>Se añaden</i>				

Fuente: Elaboración propia.

Desde estas señas de identidad, el modelo de aprendizaje por competencias cobra sentido al considerar que el proceso de enseñanza-aprendizaje no se reduce únicamente al desarrollo del currículo explícito, pues hay otros ámbitos en los centros escolares en los que la práctica de la convivencia, las actividades complementarias y las actuaciones en el entorno ofrecen al alumnado escenarios reales de aprendizaje, como parte del currículo implícito u oculto. Al respecto surgen dudas y se plantean problemas como: ¿Cuáles son los contenidos a través de los que desarrollar cada una de las competencias básicas? Y cuestiones más complejas como las señaladas por Zabala y Arnau (2008), puesto que toda acción competente es única (por el contexto en el que se da) y compleja (por el número de variables que intervienen) ¿las competencias se pueden aprender o sólo se pueden desarrollar? Es inherente a la naturaleza del aprendizaje escolar que las adquisiciones sirvan para afrontar y resolver situaciones en contextos externos a la institución educativa, es decir, frente a los retos cotidianos ponemos en juego nociones, destrezas y actitudes que aprendemos de forma descontextualizada (en la escuela) pero que nos sirven para realizar acciones competentes (en nuestra vida particular), con el esquema representado en la Figura 4. A partir de este punto surgen nuevos retos a los que la escuela ha de dar respuesta, como son: ¿Cómo se enseñan y evalúan las competencias básicas? ¿El profesorado es competente para enseñar a aprender competencias? ¿Cuál es el profesorado responsable de valorar la autonomía e iniciativa personal o la competencia de aprender a aprender?

Figura 4. Proceso en una acción competente

Fuente: Zabala & Arnau (2008, 41).

■ 5. Interpretación de riesgos y establecimiento de medidas de afrontamiento

Las investigaciones llevadas a cabo en materia de seguridad infantil se centran principalmente en evitar accidentes en el hogar y en los desplazamientos. Se articulan campañas coordinadas a nivel socio sanitario incluyendo programa de visitas a los domicilios, recordando las precauciones básicas en el hogar que pueden disminuir significativamente la frecuencia de accidentalidad infantil. El grado de concienciación alcanzado por las familias en estos programas es alta e incluso se ha evaluado la efectividad de las visitas domiciliarias por parte de los equipos de atención primaria de salud (King et al., 2001; Pearson, Garside, Moxham & Anderson, 2011).

Sin embargo, son escasos aquellos estudios que indagan, de forma contextualizada, en las conductas seguras en los centros escolares para conocer cuáles de estos accidentes no intencionados pueden evitarse con unas medidas de prevención adecuada (Sosnowska & Kostka, 2003). Esta es una de las debilidades de las que adolecen las campañas preventivas insistiendo reiteradamente en las situaciones de riesgo en contextos extraescolares y fuera del propio domicilio de los menores. En nuestro país, son escasos los estudios publicados acerca de la accidentalidad en los centros escolares (Gabari & Pollán, 2009; Benítez, Soriano & León, 2010; Davó, Torres & Gascón, 2014) posiblemente debido a que las consecuencias de las lesiones generalmente no revisten gravedad y, por el mismo motivo, se desconoce su incidencia y los factores que los desencadenan. En este punto, se pone de relieve la necesidad de conocer los sucesos desde la perspectiva de los actores implicados. El pensamiento reflexivo y la capacidad de introspección en la edad escolar se reflejan en la atribución de un porqué a los acontecimientos, en la descripción de los mismos, así como en la evitación y en la susceptibilidad de mejora en la convivencia.

La visión del niño y de la niña difieren de la del adulto (Gabari, Sáenz & García, 2014). Al respecto, el grupo de investigación 'Educación y Salud', de la Universidad Pública de Navarra, está realizando un estudio sobre la percepción infantil de los accidentes escolares mediante el análisis de contenido de dibujos realizados por una muestra de 584 niños y niñas de 8-9 años. De los resultados preliminares se desprende que, para los niños y niñas, arbitrar mecanismos de prevención va ligado al aprendizaje para evitar de conductas de riesgo, junto con el desarrollo de valores de carácter general vinculadas a la educación en actitudes positivas y la resolución de conflictos. Lo que permite afirmar que el éxito de cualquier intervención educativa ligada al área de la prevención conlleva, necesariamente, el abordaje del ámbito de la convivencia, como espacio de adopción de conductas seguras y promotoras de salud (Gabari & Pollán, 2010).

■ 6. Seguridad escolar: expresión de emociones y percepción del entorno educativo

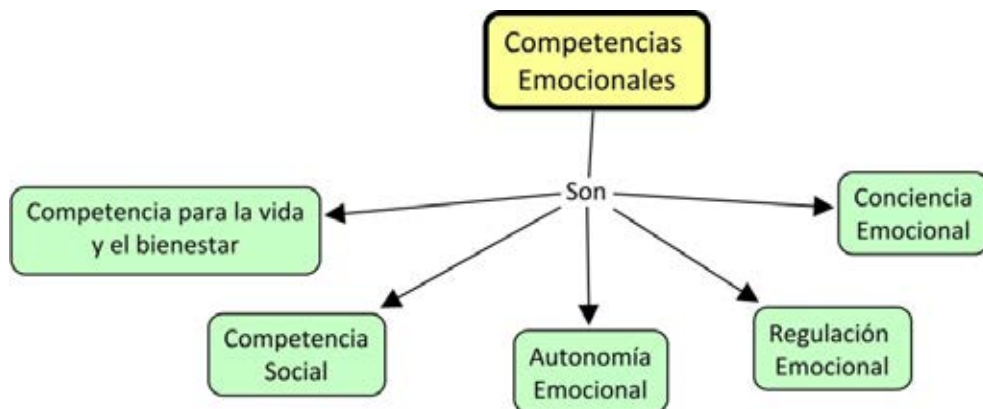
Se estima que la carga de trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años: ¿Estamos haciendo lo suficiente para hacer frente a este creciente desafío? (OMS, 2004). En todos los individuos la salud mental, la física y la social están fuertemente ligadas. Actualmente existe un mayor conocimiento sobre esta interdependencia, pero desafortunadamente no se concede a la salud mental la misma importancia que a la física, por lo que tradicionalmente ha sido objeto de ignorancia o desatención.

Las nuevas tendencias en educación, a tenor de las investigaciones sobre inteligencia emocional de Mayer y Salovey, Goleman y Gardner, entre otros, ponen de relieve que la Inteligencia Emocional (IE) capacita a las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada. Se refiere además a la destreza para regular nuestro estado de ánimo o el de los demás.

La inteligencia emocional no es sólo una cualidad individual. En el contexto escolar, los educadores/as son los principales guías emocionales de sus estudiantes. En este momento de debate sobre los cambios educativos, se abre una oportunidad para reflexionar sobre la inclusión de las habilidades emocionales de forma explícita en el currículo escolar ¿Por qué no incentivar su aprendizaje como un requisito más para la salud y el bienestar?

Bisquerra (2003, 22) define las competencias emocionales *como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Las competencias emocionales son un aspecto importante de la ciudadanía afectiva y responsable.*

Figura 5. Bisquerra: Competencias emocionales



Fuente: Sobejano (2014, 40).

Este autor incluye la competencia para la vida y el bienestar como una subcompetencia definida como

...la capacidad de adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida, ya sean privados, profesionales o sociales,

así como las situaciones excepcionales con las cuales nos vamos tropezando. Nos permite organizar nuestra vida de forma sana y equilibrada, facilitándonos experiencias de satisfacción o bienestar (Bisquerra, 2015, 1).

Un creciente conjunto de evidencias transculturales señala que varios factores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo a una salud mental positiva. Tomando como referencia el modelo por competencias, la adquisición de las mismas está mediada por la ejercitación del alumno/a (*emperi-ria*). Las intervenciones de promoción en las escuelas favorecen la ejercitación de la autoestima, las habilidades para la vida, la conducta pro-social, el rendimiento escolar y el ambiente social. Entre otros factores psicosociales ligados a la promoción de la salud mental figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y de dirección, estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos. La inclusión de estas competencias despiertan en los niños y niñas un control consciente de los acontecimientos, relaciones emocionales gratificadoras, expresión de emociones, regulación emocional e integración en el contexto social en el que transcurren sus vidas.

Desde la experiencia de indagación en el contexto escolar del grupo 'Educación y Salud', resulta significativo que prácticamente todos los niños y niñas a los que se les pregunta si los accidentes se pueden evitar responde afirmativamente. Es una respuesta elaborada en base a experiencias previas (accidentes que les han sucedido o que han presenciado) que les ha aportado un mayor conocimiento de las vivencias propias y de los demás. La autoconciencia y exteroconciencia de la propia realidad y la de los demás, permite que sean capaces de ponerse en el lugar de otras personas, comprenderles y actuar en consecuencia. Si adquieren la habilidad de reflexionar sobre sus sentimientos podrán desenvolverse en su vida de forma autónoma, pero también de modo cooperativo, proporcionando respuestas a los retos y dificultades de manera constructiva y positiva.

■ 7. Algunas aplicaciones del Modelo Salutogénico en la escuela primaria

La salutogénesis nos plantea un nuevo enfoque en el que lo importante no es por qué enfermamos sino cómo podemos mantenernos sanos. Esto supone un cambio de visión, colocarnos en el lado de la salud y no en el lado de la enfermedad. En los primeros años de vida, donde este enfoque positivo de la salud se empieza a gestar y es un momento idóneo, ya que los niños y niñas se encuentran en pleno desarrollo vital o ríu de la vida (Lindstrom & Eriksson, 2006), y el abordaje de la promoción de la salud desde la óptica de los activos es más proclive a dar buenos resultados en salud.

El reto de aportar un medio facilitador nos ha llevado a diseñar herramientas virtuales, para potenciar que el alumnado desarrolle competencias digitales y pueda trabajar de forma autónoma. Una primera propuesta se materializa en una aplicación multimedia denominada *Segurikaschool*, como recurso para que el profesorado pueda sistematizar la prevención de accidentes, mediante actividades multimedia calendarizadas en la jornada escolar e integradas en las Áreas curriculares: Lengua, Matemáticas, Conocimiento del Medio, Educación Artística e Inglés (Figura 6).

Figura 6. Multimedia Segurikaschool



Fuente: Gabari, Sáenz, Idoate & García (2014, 655)

En otros trabajos (Sobejano, 2014; Sobejano, Gabari & Sáenz, 2015) se plantea la creación de wikis escolares, como espacios dinámicos y comunitarios de promoción de salud. La wiki es un sitio web en cuya construcción pueden participar, de manera asíncrona, múltiples usuarios. Como su etimología indica (del hawaiano wiki, que significa rápido) es una manera ágil y fácil de crear páginas webs de manera colaborativa. Basta tener un ordenador conectado a la red, acceder con cualquier navegador a la URL del wiki, y hacer clic en el lugar correspondiente para poder editar,

modificar o borrar el contenido de la web. Junto a la edición compartida, otra de las características más destacables de las wikis es la posibilidad de acceder al historial del documento, de tal manera que podemos explorar las distintas etapas de su escritura.

En el ejemplo que incluimos, *Salutogénesis en Educación Primaria* la página de inicio da bienvenida a la wiki y es el espacio común donde se pueden colgar las noticias de interés general que se van encontrando acerca del tema de la Educación y Promoción de la Salud en la escuela: eslóganes, frases promotoras de estilos de vida saludables, fotos, etc. y también incluye un apartado “Para saber más” con enlaces a otras páginas de consulta, juegos,... De esta manera todo el que lo desee puede contribuir a la construcción de este espacio virtual interactivo. Es un lugar participativo y en continuo movimiento (Figura 7).

Figura 7. Wiki salutogenesisenedprimaria. Página inicio



Fuente: Elaboración propia.

La navegación posterior sigue tres enlaces, uno por cada ciclo de los tres que han venido estructurando la Etapa de Educación Primaria (Figura 8).

En el primer ciclo encontramos propuestas de actividad y de autopercepción en relación con los ámbitos de la alimentación saludable, el ejercicio físico y la higiene.

En el segundo ciclo se incluyen propuestas con dimensión reflexiva y de toma de decisiones sobre los propios hábitos de vida (Figura 9).

Ámbito 7: *Prevención de Accidentes y Educación Vial*

Figura 8. Wiki salutogenesis en primaria. Primer ciclo

PÁGINA CON ACTIVIDADES APROPIADAS PARA 1º y 2º DE EP

MELODÍA

IMAGEN

ACTIVIDADES:

- HÁBITOS SALUDABLES PARA UNA VIDA SANA
 - Video-respuestas, autoevaluación
 - ALIMENTACIÓN SALUDABLE-ADIVINANZAS
 - HIGIENE-SALUD BUCODENTAL
 - Oraciones
 - AUTOIMAGEN: MEGUSTARÍA SER...
 - Video "En la huerta con mis amigos"
- **PARA LEER EN FAMILIA:** ALIMENTACIÓN SALUDABLE MAPFRE
 - "¿Ha encogido el jersey?"
- **PARA SABER MÁS**

Fuente: Elaboración propia.

Figura 9. Wiki salutogenesis en primaria. Segundo ciclo

PÁGINA CON ACTIVIDADES APROPIADAS PARA 3º y 4º DE EP

MELODÍA

IMAGEN

ACTIVIDADES:

- PROBLEMAS
- TERMÓMETRO DE LA AUTOESTIMA
- ALIMENTACIÓN SALUDABLE-MAPFRE
 - "Rap de los cocineros"
- ALIMENTACIÓN SALUDABLE AUTORREGISTRO
- ALIMENTACIÓN SALUDABLE-HÁBITOS
- ALIMENTACIÓN SALUDABLE-RECETAS

PARA LEER EN FAMILIA: ALIMENTACIÓN SALUDABLE MAPFRE

- "Jugamos todos"

PARA SABER MÁS

Fuente: Elaboración propia.

En el tercer ciclo, se introduce la realización de un mapeo de activos de salud del entorno en el que viven, entre otras actividades, reflejado en la Figura 10.

Figura 10. Wiki salutogenesis en ed primaria. Tercer ciclo



Fuente: Elaboración propia.

Las wikis tienen muchas ventajas en el desarrollo de competencias de Promoción de la Salud, puesto que facilitan una forma de romper los muros del aula. Lo que se hace en clase se continúa trabajando desde casa o desde otros espacios. En este sentido una wiki:

- Es tan fácil de usar que hace que el alumnado se centre en el contenido y no en la tecnología.
- Abre nuevos espacios de comunicación entre profesorado, alumnado, familias, entorno...
- Aumenta las capacidades sociales y de colaboración humana, como la participación comunitaria en los barrios y la identificación de activos en salud.
- Fomenta el aprendizaje activo.
- Es una plataforma facilitadora de la realización de trabajos de creación, indagación y desarrollo de la capacidad de comunicar y de procesos de auto y coevaluación.

Los recursos didácticos digitales se combinan con los textuales en el aula en la era de Internet y las aplicaciones que permite la web 2.0. Los alumnos y alumnas de hoy, tienen una mayor familiaridad con las nuevas tecnologías y con la manipulación e intercambio de mensajes visuales. En muchos aspectos de la vida, la pantalla y los estímulos visuales que se proyectan en ella, han sustituido a la palabra escrita. El éxito del uso de este tipo de recursos interactivos puede estar mediado, en gran parte, por la ‘amigabilidad’ y el intercambio de información dinámica de estos entornos de aprendizaje. En este sentido, los niños y niñas participan activamente en la adquisición y puesta en práctica de las competencias de salud y seguridad en entornos virtuales. Al mismo tiempo, el profesorado tiene recursos para simular contextos reales y los agentes de la comunidad (familias, atención primaria, etc.) pueden participar en el proceso de construcción de estilos de vida.

■ 8. Referencias bibliográficas

- Ansa, A., Begue, R., Cabodevilla, I., Echauri, M., Encaje, S., Montero, P. et al. (2004). Ayudar a crecer. Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres. Pamplona. Gobierno de Navarra. [Recuperado de <http://www.cfnavarra.es/isp/promoción>]
- Azeredo, R., & Stephens-Stidham, S. (2003). Design and implementation of injury prevention curricula for elementary schools: lessons learned. *Injury Prevention*, 9 (3), 274-278.
- Benítez, B. R., Soriano, M., & León, A. C. (2010). Prevención de la accidentalidad infantil en Andalucía: aprender a crecer con seguridad. *Anales de Pediatría*, 73 (5), 249-256.
- Bisquerra, R. (2015). Competencias para la vida y el bienestar. GROU. [Recuperado de <http://www.rafaelbisquerra.com/es/competencias-emocionales/competencias-para-vida-bienestar.html>]
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación*, 21 (1), 7-43.
- Casaní, C. (2004). Accidentes en la infancia: su prevención, tarea de todos. *Revista pediátrica de atención primaria*, 6 (24).
- Davó, M.C., Torres, L., & Gascón, M. E. (2014). Percepción de los escolares sobre los accidentes y las lesiones accidentales.
- De Waal, E., & Grösser, M. (2014). On safety and security in education: Pedagogical needs and fundamental rights of learners. *Educar*, (50), 339-361.

- Gabari, M. I., & Buitrago, H. E. (2006). Simulación y entrenamiento en hábitos de prevención de accidentes infantiles, demanda docente de recursos multimedia en Navarra (España). *Norte de Santander, Colombia: Universidad de Pamplona*, 11, 12.
- Gabari, M. I., Sáenz, R., Idoate, V., & García, J. M. (2014). Assessing Segurikaschool: an injury prevention multimedia tool for schools. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 654-660.
- Gabari, M.I., & Pollán, M. (2009). Investigación en la educación para la salud sobre prevención de la accidentalidad infantil en el contexto escolar. *Qurrriculum: Revista de teoría, investigación y práctica educativa*, (22), 121-149.
- Gabari, M.I., & Pollán, M. (2010). *Convivencia Escolar y Percepción de la Accidentalidad en relación con el Género en Segundo Ciclo de Primaria*. II Congreso Internacional de convivencia escolar: Variables psicológicas y educativas implicadas, Almería, 16-03.
- Gabari, M.I., Sáenz, R., & García, J.M. (2014). *Children's Drawings: experiences of children in accident prevention and health promotion*. WERA Focal Meeting, Edinburgo, 19-11.
- Gabari, M.I., Sobejano, M., & Sáenz, R. (2015). *Educación para la salud en primaria: análisis de elementos curriculares en las leyes educativas*. Congreso de Promoción de la Salud. Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables, Bilbao, 14-05.
- Garaigordobil, M. (2002). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil: Juego, conducta prosocial y creatividad*. Ediciones Pirámide.
- Garaigordobil, M., & De Galdeano, P. G. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18 (2), 180-186.
- Gavidia, V., Aguilar R., & Carratalá, A. (2013). ¿Desaparecen las transversales con la aparición de las competencias? *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.) (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*.
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American psychologist*, 58 (6-7), 466.
- Hernández, B. (2004). En torno al concepto de Competencia. *Educación*, 1 (1), 43-57.
- Khambalia, A., Joshi, P., Brussoni, M., Raina, P., Morrongiello, B., & Macarthur, C. (2006). Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systematic review. *Injury Prevention*, 12(6), 378-381.

- King, W. J., Klassen, T. P., LeBlanc, J., Bernard-Bonnin, A. C., Robitaille, Y., Coyle, D., & Pless, I. B. (2001). The effectiveness of a home visit to prevent childhood injury. *Pediatrics*, 108 (2), 382-388.
- Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Gestión 2000.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international*, 21 (3), 238-244.
- MacKay, M., & Vincenten, J. (2012). Child Safety Report Card: Europe Summary for 31 Countries. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe.
- Maes, L., & Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social science & medicine*, 56 (3), 517-529.
- Miranda, P. & Esparza, R. (1998). *Guía metodológica para la prevención y seguridad de accidentes en el medio escolar*. Murcia: Consejería de sanidad y política social.
- Pearson, M., Garside, R., Moxham, T., & Anderson, R. (2011). Preventing unintentional injuries to children in the home: a systematic review of the effectiveness of programmes supplying and/or installing home safety equipment. *Health promotion international*, 26 (3), 376-392.
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F. (2008). *World report on child injury prevention*. Genova: Organización Mundial de la Salud.
- Perea R. (2012). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI*, 4.
- Romero, P. (2007). Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio. *Revista chilena de pediatría*, 78, 57-73.
- Sahin, H., & Erkal S. (2012) Behaviors of students towards safety measures to prevent school accidents. *Health Med*, 6 (6), 1974-1981.
- Saluja, G., Brenner, R., Morrongiello, B. A., Haynie, D., Rivera, M., & Cheng, T. L. (2004). The role of supervision in child injury risk: definition, conceptual and measurement issues. *Injury control and safety promotion*, 11 (1), 17-22.
- Salvador, T., Suelves, J. M., & Puigdollers, E. (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*. Madrid: Educación, Política Social y Deporte (Centro de Innovación y Documentación Educativa, CIDE), y Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública).

- Sobejano, M. (2014). *Salutogénesis en la escuela: diseño de una wiki para Educación Primaria*. Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
- Sobejano, M., Gabari, M.I., & Sáenz, R. (2015). *Propuesta de wiki interactiva desde el enfoque salutogénico para la Escuela Primaria*. Congreso de Promoción de la Salud. Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables, Bilbao, 14-05.
- Sosnowska, S., & Kostka, T. (2003). Epidemiology of school accidents during a six school-year period in one region in Poland. *European journal of epidemiology*, 18 (10), 977-982.
- Suelves J.M. (2009). Lesiones no intencionadas en la infancia y la adolescencia: rompiendo el tópico de la mala suerte. Faros, San Juan de Déu: Observatorio de salud de la infancia y la adolescencia. [Recuperado de <http://www.faroshsjd.net>]
- Talavera, M., & Gavidia V. (2013). Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, (27).
- Unni, P., Locklair, M. R., Morrow, S. E., & Estrada, C. (2012). Age variability in pediatric injuries from falls. *The American Journal of Emergency Medicine*, 30 (8), 1457-1460.
- World Health Organization. (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva: WHO, 123, 125.
- Zabala, A, & Arnau, L. (2008). La enseñanza de las competencias. Las competencias en la educación escolar. *Innovación educativa*, 161, 40-46.

La Educación Vial en el Sistema Educativo Español

Inés Reig

Coordinación Dirección General de Tráfico, Valencia.

E-mail: Ireig@degt.es

Road Safety Education in the Spanish Educational System

■ 1. Introducción

Creo que es algo indiscutible que la educación es la mejor medida preventiva. Con la educación preparamos al niño para el trato con los demás, con sus medios de expresión, para la gestión de su afectividad e incluso para desarrollar conciencia de solidaridad.

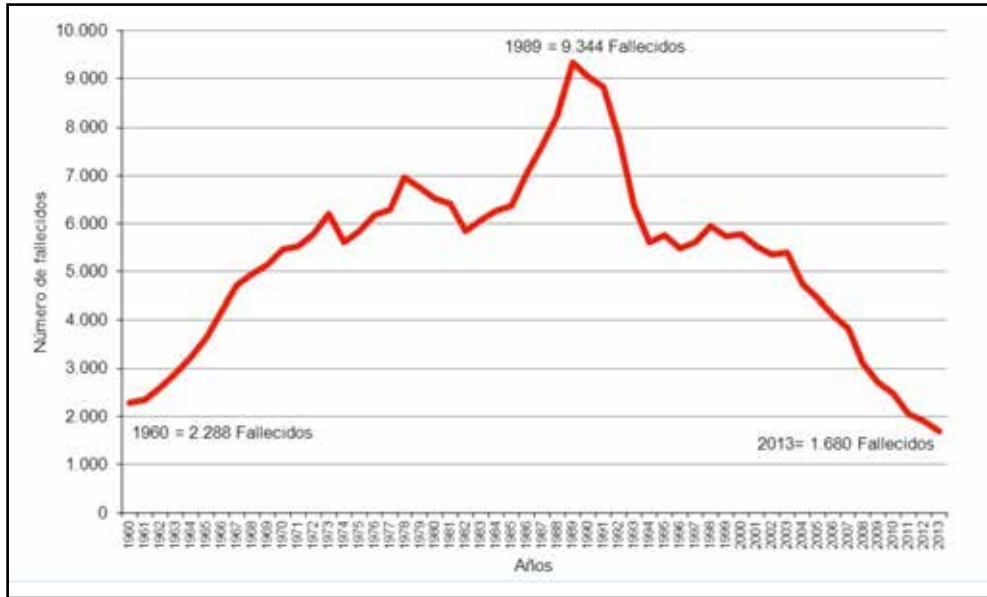
Se educa al niño para reconocer los derechos del otro y los suyos propios. Se educa para la participación responsable en las actividades comunes, como es su participación en el tráfico, en un espacio que se comparte, donde convivir con respeto y confianza.

La participación responsable pasa por el compromiso de aceptar unas consignas dadas desde el exterior, unas normas. Esto presupone la existencia del sentimiento de respeto, compuesto de afecto y temor que es lo que impulsa el comportamiento responsable.

La Educación Vial contribuye a ello, pero no es una mera instrucción, es toda acción educativa encaminada a la adquisición de conocimientos, habilidades, hábitos y actitudes que relacionan al sujeto con el entorno, con el fin último de reducir los accidentes de tráfico y sus secuelas.

Por ello consideramos a la Educación vial, la medida preventiva más adecuada a los cambios sociales y a los problemas provocados por el fenómeno circulatorio. Problemas como la saturación de las ciudades, la contaminación ambiental, acústica, química y el más grave de todos, el accidente de tráfico (Gráfico 1).

Gráfico 1. Víctimas mortales por accidente de tráfico desde 1960 a 2013



Aunque vemos una clara evolución a la baja, 1680 fallecidos en el año 2013, es una cifra que no debemos permitir, por lo que hay que insistir en ciertas medidas que incidan más en el comportamiento del ser humano, como elemento que mayor responsabilidad apunta en el accidente de tráfico. Incidir en el comportamiento es algo complicado pero necesario, ¿cómo podemos incidir en el comportamiento de forma efectiva?

El objetivo principal del Sistema Educativo, es formar ciudadanos libres y responsables, preparar al ciudadano para ser persona, que sepa mejorar la realidad social de la que forma parte.

Las reglas tienen que ir aprendiéndose en el momento adecuado acorde al desarrollo moral y en la etapa en la que la adaptación de las reglas se convierta en algo inalterable. La enseñanza de los valores, corresponde al sistema educativo y a la familia, sin olvidar el importante papel que ejercen también los sistemas de comunicación.

La escuela debe sensibilizar, investigar y conocer todo lo referente a la movilidad infantil en torno al centro. La educación vial para que pueda actuar de verdad con carácter preventivo, debe darse cuanto antes y con implicación, principalmente, de la familia y la escuela, como coprotagonistas de esa educación.

¿Por qué nos planteamos la Educación vial en la Escuela?

- El objetivo de la escuela es una Educación integral.
- Se trabaja con personas en edad evolutiva y esto favorece la incorporación progresiva de un sistema de normas consensuadas, asumibles de ser interiorizadas.
- Se dispone de medios e instrumentos formativos.
- A la escuela acude toda la población infantil.

¿Qué es educar vialmente?

- Enseñar a reflexionar, comprender y aceptar las normas.
- Hacer seres responsables, empáticos, solidarios, prudentes, con hábitos correctos, respetuosos, cordiales, cívicos, con conciencia del peligro, sensatos.
- Se educa vialmente para que los niños/as y jóvenes alcancen el grado de madurez necesario para distinguir y controlar cualquier situación que entrañe riesgo, para ellos mismos y para los demás.
- Y para crear una conciencia ciudadana.

Sabemos que la educación vial tiene mucho que ver con la adquisición de hábitos y la creación de actitudes y que el proceso de enseñanza-aprendizaje se fija y se consolida con mayor efectividad si se empieza en edad temprana, luego es lógico pensar que las acciones educativas dirigidas a la adquisición de la educación vial, deberían comenzar cuanto antes. También sabemos que la presencia de los padres en las primeras etapas de socialización del niño es fundamental para garantizar cualquier aprendizaje, por lo tanto, empezar a educar vialmente en las primeras etapas de escolarización, con apoyo y refuerzo de los padres parece la mejor opción.

A partir de los 10-12 años, es el grupo de iguales, (amigos o compañeros) quien presenta mayores posibilidades de influencia en la conducta de los sujetos. Si desde siempre asumimos ser modelos de comportamiento adecuados para nuestros hijos y transmitirles valores dentro del ámbito familiar, esta influencia será menor, porque se encontrará con la consolidación de esos valores y principios más resistentes y con cierta oposición a modificarse.

■ 2. Magnitud del problema

2.1. La Organización Mundial de la Salud (OMS)

Según la OMS, las lesiones causadas por el tráfico son la octava causa mundial de muerte y la primera entre los jóvenes de 15 a 29 años. Las tendencias actuales indican que, si no se toman medidas urgentes, los accidentes de tránsito se convertirán en 2030 en la quinta causa de muerte. En este sentido la OMS propone medidas para bajar los índices de accidentalidad:

“Está demostrado que la adopción y observancia de leyes integrales sobre los factores de riesgo fundamentales ha reducido las lesiones causadas por el tránsito. Las campañas de comunicación social para mantener entre el público la percepción de que hay que cumplir esas normas son esenciales para que estas resulten eficaces”.

2.2. Decenio de Acción para la Seguridad Vial

La Comisión para la Seguridad Vial Mundial en su informe de 2009, hizo un llamamiento en favor de un Decenio de Acción para la Seguridad Vial. En marzo de 2010, la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el período 2011–2020 como el Decenio de Acción para la Seguridad Vial (A/64/255) con el objetivo de estabilizar y posteriormente reducir las cifras previstas de víctimas mortales en accidentes de tránsito en todo el mundo.

Cada año, cerca de 1,3 millones de personas fallecen a raíz de accidente de tránsito y más de la mitad de ellas no viajaban en automóvil. Entre las tres causas principales de defunciones de personas de 5 a 44 años figuran los traumatismos causados por el tránsito. Según las previsiones, si no se adoptan medidas inmediatas y eficaces, dichos traumatismos se convertirán en la quinta causa mundial de muerte, con unos 2,4 millones de fallecimientos anuales.

En el mundo, mueren diariamente más de 500 niños en accidentes de circulación y miles resultan heridos. Por ello, la Organización de Naciones dentro del marco del Decenio, celebró el año 2015, la III Semana Mundial de la Seguridad Vial dedicada a la infancia.

2.3. Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020

Un hecho tan complejo como es el tráfico implica que a los esfuerzos efectuados por la institución escolar en relación a la educación vial, se sumen otros, provenientes de los padres, de las autoridades encargadas del desarrollo de la infraestructura, de los agentes o policías de tráfico o de cualquier otra organización que desempeñe actividades o tenga finalidades educativas.

La nueva Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020 pretende ser un marco de actuación e instrumento que impulse, facilite y coordine las iniciativas de seguridad vial de los agentes políticos, económicos y sociales a nivel nacional. El proceso de elaboración se ha fundamentado en el análisis de datos.

A partir del análisis que se establece en la Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020 para los países europeos, se ha logrado reducir un 45% la cifra de fallecidos en edades comprendidas entre 0-14 años en el periodo 2003-2009. Esto supone un avance, pero no es suficiente.

La Estrategia está asentada sobre los principios del Sistema Seguro adaptados a la realidad española, con una visión a 10 años, que se apoya en cinco valores: 1. Derechos y deberes compartidos. 2. Movilidad sostenible. 3. Usuarios seguros. 4. Carreteras y entornos seguros. 5. Vehículo seguro.

Mirando al colectivo de infancia, El Plan Estratégico 2011-2020 establece una serie de acciones que teniendo como eje el centro escolar, trasciendan este espacio para que lo que se aprenda y trabaje en el aula se transforme en conducta vial segura y permanente. Por tanto este documento se convierte en un elemento de referencia para la puesta en marcha de planes específicos y acciones en pro de la Seguridad Vial.

Dentro de las prioridades de la Estrategia se contempla proteger a los usuarios más vulnerables, con unos indicadores que van a marcar el seguimiento de unos objetivos. Referidos a la población infantil el indicador será:

- Cero niños fallecidos sin sistema de retención infantil. Con la misión, que referido al colectivo infantil sería:
- Reducir las situaciones de riesgo del colectivo infantil como usuarios de las vías. Que a su vez se concreta en unos objetivos operativos:
- Proporcionar entornos y trayectos escolares seguros.
- Mejorar la utilización eficiente de los sistemas de retención infantil.
- Impulsar la seguridad vial en el currículum escolar.

■ 3. La educación vial en los sistemas educativos europeos

La mayor parte de los países europeos están invirtiendo en el ámbito escolar. En este sentido, la mayor parte de los programas escolares de las escuelas europeas, abordan la Educación Vial, no solo desde una metodología basada en un trata-

miento interdisciplinar al abordar la Educación Vial escolar en el currículo, dentro de otras asignaturas, sino como parte de las Competencias Básicas sugeridas por distintos promotores internacionales (UNESCO, COMISIÓN, RED EURÍDICE), que vieron en la Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos un espacio para situar la educación en valores propuesta para la Educación Vial escolar.

Respecto a los responsables directos, dentro del propio ámbito escolar, podemos constatar que generalmente el responsable directo de impartir la Educación Vial es el propio profesor/a, que unas veces suele verse apoyado por otros elementos importantes, como es el caso de la Policía Local y/o la participación de expertos en el tema. Se constata así mismo la necesidad de colaboración de los padres-madres en la consecución de los objetivos propuestos en la Educación Vial escolar, labor necesaria en el proceso de enseñanza-aprendizaje y que algunos países (Alemania, Inglaterra y Holanda) consideran insustituible.

A la hora de concretar los objetivos generales planteados para la Educación Vial y siguiendo las indicaciones propuestas desde la Comisión de Seguridad Vial podemos afirmar que la mayor parte de los países se trabaja en la adquisición de actitudes y hábitos de comportamiento adecuados (Manso, s.a.).

3.1. Educación vial desde el sistema educativo español

3.1.1. Antecedentes a la LOMCE

La inclusión de la Educación Vial en los programas escolares se establece de forma estable, no como Asignatura Obligatoria, desde 1962 a 1979, mediante las Cartillas Escolares “La Aventura del Tráfico”, como un refuerzo al currículo escolar. En 1979, MEC y DGT publican el Manual de Apoyo para ayudar a los docentes a implementar la Educación Vial en la Enseñanza General Básica, con carácter obligatorio y bajo dos vertientes: a) La Educación Vial como base para la Seguridad Vial y b) La Educación Vial como parte de la Educación ciudadana. En los Programas Renovados (1981), la Educación Vial se incluye en el Área de Sociales en Primaria y en Educación Ética y Cívica en secundaria, siempre en el último Tema de la misma y centrada especialmente en conocimiento de normas y señales de tráfico.

En el año 1990 se aprueba la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (L.O.G.S.E.) Uno de los aspectos novedosos del modelo curricular que se derivó de esta Ley, fue sin duda, la incorporación de los diferentes Ejes

o Temas transversales, es decir, la incorporación de determinadas enseñanzas que debían estar presentes en todas las áreas del currículum a lo largo de las diferentes etapas educativas: Educación Moral y Cívica, Educación para la Paz, Educación para la Salud, Educación para la igualdad, Educación ambiental, Sexual, del consumidor, y la Educación Vial. En la Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE) se acentúa el tratamiento de la educación vial como eje transversal del currículum.

En la Ley Orgánica de Educación 2/2006 (LOE) se mantiene el concepto de transversalidad para la educación en valores. Así lo señala por ejemplo el Artículo 121 al hablar del Proyecto Educativo. Documento que deben elaborar todos los centros. Pero además de este tratamiento transversal, recogido en el Proyecto Educativo de Centro, la Educación Vial aparece mencionada como un objetivo propio de diferentes etapas educativas, y por tanto debe aparecer en el Proyecto Curricular de Etapa, y de Área, así como en la Programación Didáctica.

3.1.2. La educación Vial en el currículum de la LOMCE

En el curso 2014/2015 entró en vigor la LOMCE en 1º, 3º y 5º de primaria. La (LOMCE) adopta la denominación de las competencias clave definidas por la Unión Europea. Se considera que “las competencias clave” son aquellas que todas las personas precisan para su realización y desarrollo personal, así como para la ciudadanía activa, la inclusión social y el empleo”.

Según el presente real decreto, las competencias del currículum son las siguientes:

1. Comunicación lingüística
2. Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología
3. Competencia digital
4. Aprender a aprender
5. Competencias sociales y cívicas
6. Sentido de iniciativa y espíritu emprendedor
7. Conciencia y expresiones culturales

Por otra parte, se definen los elementos trasversales, entre los que se encuentra la educación cívica y constitucional que sin perjuicio de su tratamiento específico en algunas de las asignaturas de cada etapa, se trabajarán en todas las asignaturas, durante la educación primaria.

Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.

Artículo 7. Objetivos de la Educación Primaria.

La Educación Primaria contribuirá a desarrollar en los niños y niñas las capacidades que les permitan:

N.- Fomentar la educación vial y actitudes de respeto que incidan en la prevención de los accidentes de tráfico.

Artículo 10. Elementos transversales, que en su punto 6 dice:

6. En el ámbito de la educación y la seguridad vial, las Administraciones educativas incorporarán elementos curriculares y promoverán acciones para la mejora de la convivencia y la prevención de los accidentes de tráfico, con el fin de que el alumnado conozca sus derechos y deberes como usuario de las vías, en calidad de peatón, viajero y conductor de bicicletas, respete las normas y señales, y se favorezca la convivencia, la tolerancia, la prudencia, el autocontrol, el diálogo y la empatía con actuaciones adecuadas tendentes a evitar los accidentes de tráfico y sus secuelas.

Asignaturas Específicas d) Valores Sociales y Cívicos.

Incluye la educación vial dentro de los contenidos de dos áreas: Ciencias Sociales y Valores sociales y cívicos.

La educación vial queda enmarcada en esta educación cívica y constitucional transversal, ya que desarrolla valores como el respeto por los otros, la responsabilidad por uno mismo, la tolerancia, la dignidad, la integridad, el autocontrol, el diálogo civilizado y la gestión de conflictos.

En Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato se comenzará a implementar la LOMCE en el curso 2015/2016. Hasta entonces siguen estando en vigor los Contenidos mínimos establecidos por la LOE.

Enseñanzas mínimas de Educación Secundaria Obligatoria: La educación vial se incluye entre los contenidos mínimos de la asignatura Educación para la ciudadanía. En el bloque 4, se enuncia el tema “La circulación vial y la responsabilidad ciudadana. Accidentes de circulación: causas y consecuencias

Enseñanzas mínimas de Bachillerato: En el artículo 3, cuando se habla de los objetivos del Bachillerato, se incluye el “afianzar actitudes de respeto y prevención en el ámbito de la seguridad vial”. Posteriormente, al enumerar los contenidos por asigna-

turas, se menciona la seguridad vial en Física: “Importancia de la educación vial. Estudio de situaciones cinemáticas de interés, como el espacio de frenado, la influencia de la velocidad en un choque, etc.”

3.1.3. Nuevas propuestas de inclusión de la Educación Vial en el Sistema Educativo Español

Desde distintos sectores se escucha hablar de la propuesta de considerar a la “Educación Vial” como una asignatura obligatoria:

- Desde la Fiscalía de Seguridad Vial

Hace unos años con la LOMCE aún en borrador, El Fiscal de Seguridad Vial, Bartolomé Vargas, abogó por incluir la seguridad vial como contenido obligatorio en la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad de la Educación (LOMCE), justificándolo con memorias presentadas, donde se destacaba la importancia de reforzar la educación vial en los ciclos de educación infantil, primaria y secundaria desde la experiencia que ofrece el estudio riguroso de los procedimientos penales incoados a raíz de accidentes con niños fallecidos y gravemente lesionados.

- Desde la plataforma PONLE FRENO

La gran causa para 2015 de Ponle Freno es la inclusión de la Educación Vial en los currículos del Sistema Educativo como asignatura obligatoria.

Esta propuesta ha sido presentada al Congreso, con fecha 16-04-2015 como, *proposición no de ley, relativa a “Establecimiento de Unidades Didácticas de Educación Vial en la educación obligatoria, para contribuir, de forma más intensa y eficaz, a la necesaria prevención de los accidentes de tráfico”*.

No ha tardado en producirse la consulta a la DGT, que desde su Unidad de Intervención Educativa, (UIE) a instancias de la Subdirección General de Políticas viales ha informado sobre el tema al Congreso y planteado consideraciones y propuestas, algunas de las cuales se reproducen a continuación:

- Posicionamiento desde la DGT (Violeta Manso, Jefa de la UIE)

La mejor manera de implementar la Educación Vial en el currículo, es que figuren en los objetivos generales y específicos de las diferentes Etapas Educativas, y que posteriormente se pueda llevar a término por los docentes y los centros educativos, no como materia obligatoria y sí como materia vital para la formación integral y para la seguridad de los alumnos, con fundamentos psicopedagógicos y didácticos, bajo enfoques transversales, interdisciplinares, intradisciplinares, en actividades complementarias, actividades extraescolares, en tutorías y en actividades de cualquier orden, tanto de forma temporal o permanente:

- a. No es una buena opción la propuesta de dar un tratamiento a la Educación Vial, como Asignatura obligatoria, evaluable y computable, ya que el currículo está muy denso en cuanto a Áreas y conocimientos.
- b. Consideramos que los docentes no se consideran debidamente formados en esta materia.
- c. Se insistiría en adquisición de normas y señales (formación) y se abandonaría la adquisición de actitudes, valores y comportamientos viales (Educación Vial), que no se logran con una materia, sino más bien con la permanente labor de interiorizar las normas y convertirlas en hábitos y comportamientos adecuados como peatones, viajeros o conductores.

La Unidad de Intervención Educativa es consciente de que la Educación Vial es tarea responsable de toda la Comunidad Educativa, de ahí que considera la importancia de motivar, implicar y contar con la colaboración de: el propio Centro Educativo, los profesores, los padres y madres, y los posibles agentes colaboradores externos (Monitores de Parques Infantiles de Tráfico, Policías Locales, Profesores de Autoescuelas, Médicos...) que ayuden a implementar programas específicos en materia de Educación Vial.

El Congreso aprobó el 27 de mayo de 2015, una proposición no de Ley en la que insta al Gobierno a incluir la educación vial como una materia con “carácter evaluable y obligatorio”, en la educación primaria y secundaria obligatoria.

■ 4. La educación vial desde la dirección general de tráfico

A algunos puede parecer extraño que una institución como la Dirección General de Tráfico, se ponga a hablar de educación cuando no tiene las competencias.

Desde sus orígenes, en el año 59, la DGT se está preocupando por los problemas que provoca la circulación, en lo que sí tiene competencias y como organismo concienciado, contribuye a la sensibilización de la sociedad para que se adopten medidas que puedan disminuir los accidentes considerando a la Educación Vial como una de las medidas más necesarias para la convivencia y la prevención de los mismos.

Desde sus orígenes, a través de las campañas de tráfico han insistido siempre en la Educación de los usuarios de las vías.

En el año 1985 se crea el Centro Superior de Educación Vial. Tiene como labor prioritaria la atención a la educación vial en España. A la vez que se crea la figura del coordinador de Educación Vial, persona que impulsará cualquier iniciativa formulada a través de estrategias de intervención auspiciados por la DGT y su Jefe/a Provincial.

A partir del año 2011, la DGT ratifica su compromiso para potenciar la Educación Vial de los ciudadanos y muy especialmente dentro del ámbito de la educación formal, con la creación de la Unidad de Intervención Educativa (UIE) situada en Salamanca.

Desde allí se planifican Estrategias de Intervención para la implementación y mejora de la Educación Vial en la ciudadanía.

4.1. Estrategias de intervención de la UIE de la DGT

4.1.1. Tratamiento de la Educación Vial en las diferentes etapas educativas

La Educación vial es tarea de todos, pero especialmente y responsablemente de los padres. La infancia es el periodo de entrenamiento en que el niño va explorando, probando y entrenando sus habilidades para conseguir su autonomía, también su autonomía vial.

De aquí la necesidad de que los padres, hagan de entrenadores viales, para conseguir poco a poco que el niño asuma sus limitaciones y logre su autonomía vial dentro de un clima de máxima seguridad.

Los objetivos viales forman parte de los objetivos de la educación integral del individuo. Con su consecución, el niño aprenderá a desenvolverse solo, a asumir determinados riesgos controlados que en la escuela matizará y reforzará con nuevas experiencias. Aprenderá, comprenderá e interiorizará las normas viales en el momento adecuado a su desarrollo evolutivo. Su percepción del riesgo, la atención, su valoración de los sistemas de seguridad y la toma de decisiones, se irán forjando en cada una de las etapas madurativas que va alcanzando en relación a su comportamiento vial.

Desde la DGT y en total comunión con los objetivos operativos de la Estrategia 2011-2020, se impulsa la Educación Vial a través de Proyectos de intervención y acciones formativas, que enfoquen la Educación Vial desde la perspectiva de máxima protección para los niños y jóvenes como usuarios de las vías.

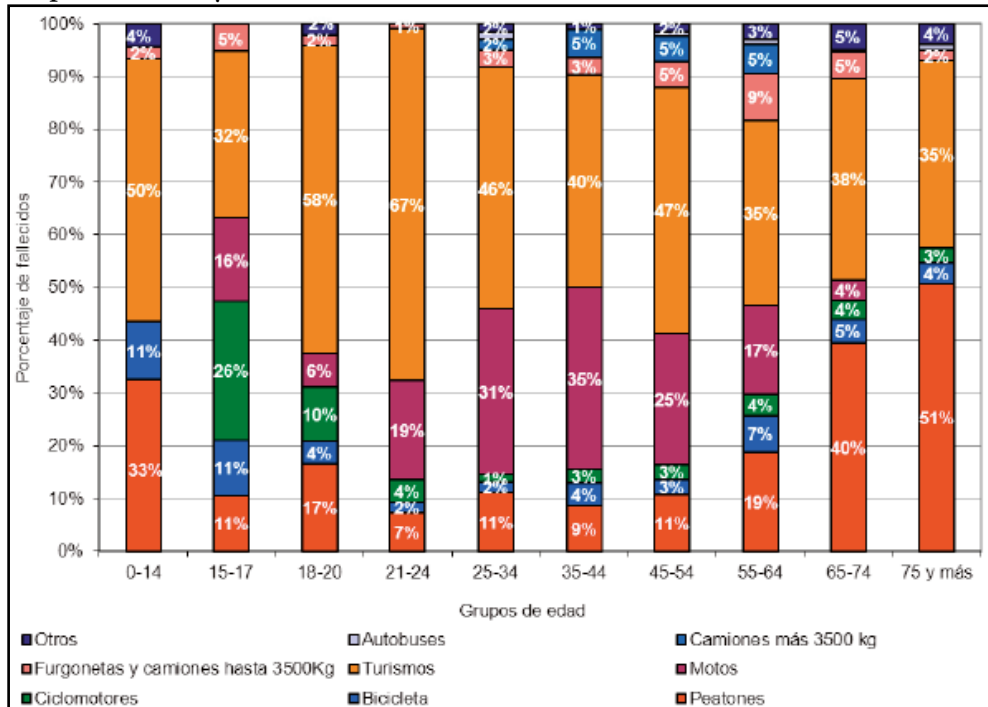
4.1.2. Programas de Intervención con padres y madres

Nos dirigimos a los padres en la escuela. Desde la posición de los padres se asumen roles como formadores, podemos intervenir en la formación de la percepción y conciencia de la realidad del niño, así como en su adaptación al medio, concretamente al mundo del tráfico.

El inicio de socialización comienza cuando traspasa el círculo familiar. A medida que va superando etapas, comienza a descubrir las primeras reglas, las normas del “grupo”. Y he aquí nuestro rol como socializadores, el niño comienza a adaptarse al medio, también al mundo del tráfico del que forma parte, a conocer el alcance de sus acciones y somos nosotros, los padres, los encargados de transmitirle ciertos valores; la necesidad de un orden, de unas normas.

Si nos fijamos en las estadísticas del gráfico 2 podemos observar la distribución porcentual del número de fallecidos según el modo de desplazamiento y edad. Fijándonos en la franja de 0 a 14 años, aparece un 33% de fallecidos por atropello, mientras que en turismo se apunta un 50% esto denota que posiblemente intervenga un factor determinante, el SRI o Sistema de retención. Es por eso que uno de los temas prioritarios en las sesiones con los padres sea abordar el tema de la seguridad vial dentro del vehículo, hablándoles de los SISTEMAS DE RETENCIÓN.

Gráfico 2. Distribución porcentual del número de fallecidos según modo de desplazamiento y edad. Año 2013



Estudios de la DGT y de Fundación Mapfre, informan que tan sólo 1/3 de los niños viajan correctamente, que el 11% de los adultos no asume que el uso del SRI es importante para salvar la vida de los niños

El accidente de tráfico es la primera causa de mortalidad infantil entre 15 a 24 años y la tercera causa entre 1 a 14 años según el Instituto Nacional de Estadística.

Nuestro papel es informar, concienciar y reclamar la participación de los padres/madres e intentar desterrar el tópico y la falta de coherencia en el “haz lo que yo digo pero no lo que yo haga”.

4.1.3. Programas de intervención con niños y jóvenes

Son muchos los programas que se dirigen a niños y jóvenes escolarizados. A continuación destacamos los modelos más relevantes aunque todos persiguen la adquisición de actitudes y hábitos de comportamiento adecuados.

- **MODELO DE INTERVENCIÓN:** El “camino escolar seguro”

Con el siguiente modelo de intervención una vez más se pone de manifiesto que la educación no está constreñida a la Escuela, que a través de los agentes colaboradores, padres, profesores y toda la sociedad, se puede lograr que la ciudad se convierta en “ciudad educadora”.

En los desplazamientos en la vida cotidiana vemos a diario vulnerarse la movilidad segura y saludable de los niños, tendríamos que poner empeño en trabajar la adquisición de valores cívicos, la empatía y la solidaridad, apoyándonos en principios de procedimiento como, fomentar la autoestima, la cooperación, las relaciones sociales...

El camino escolar es una iniciativa cuyo objetivo es promover y facilitar que los niños vayan a la escuela a pie y que lo hagan de forma autónoma, sin tener que ser acompañados por los adultos en su desplazamiento.

En el diseño del Camino escolar seguro se trabajará para jerarquizar las calles, pacificar el tráfico y rediseñar el espacio, como resultado, se creará un marco donde se puedan desarrollar proyectos educativos que contribuyan a recuperar la ciudad para la convivencia.

La DGT, en general y en esta propuesta en particular, cuenta con la colaboración y el apoyo de Instituciones, Ayuntamientos, mayoritariamente a través de la Policía Local quien aparece como la figura en la que confiar, en caso de necesitar ayuda cuya posición “en las calles” lo convierte en un recurso de apoyo importante.

- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA JÓVENES: Talleres, charlas, Mesas Debate

Desde la Unidad de Intervención Educativa, a través de los Departamentos de las Jefaturas Provinciales, se proponen acciones dirigidas a jóvenes.

El tráfico es un ámbito más, donde la sociedad manifiesta principios, creencias, actitudes, valores, que se ponen sobre el tablero en las propuestas para los jóvenes: Talleres, charlas, Mesas Debate, el objetivo que se persigue es la prevención a través de la reflexión. Ser conscientes de que todos nuestros actos tienen unas consecuencias y que con la información en la mano, son ellos, los jóvenes, los que en última instancia tomarán la decisión. Se trata de aprender a convivir y encontrar un espacio con beneficios comunes, la seguridad vial dibuja ese espacio con respeto, valores y la propia ley, en la que los jóvenes y cada ciudadano deben retratarse.

4.1.4. Recursos didácticos

Desde la UIE de la DGT, se trabaja en el diseño de Recursos didácticos, programas y Unidades didácticas que faciliten la labor del profesorado en el tratamiento de la Educación Vial dentro del currículo.

Entre la diversidad de materiales editados, destacamos los dirigidos a la infancia. Distinguimos los diseñados para aplicarlos en el currículo y los destinados para apoyo de actividades fuera del currículo, como puede ser en tutoría, extraescolares etc... son de uso fácil, polivalente y se pueden compartir.



<http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/infancia/>

También contamos con un recurso externo como son los parques infantiles de tráfico. Son instalaciones constituidas por un circuito con viales, reproducción de situaciones de tráfico, con su correspondiente señalización, incluidos vehículos, que no podrán ser otros que bicicletas, concebidos con un exclusivo fin educativo, cuya pretensión es aproximar al niño a posibles situaciones de tráfico real en las que experimente los conocimientos adquiridos previamente.

Es evidente que otras empresas o clubes como “EL RACE, o MAPFRE” han invertido también en el diseño de materiales pedagógicos, atractivos y útiles que podemos encontrar en el mercado.

Realmente en la parcela del ámbito escolar, en la que tenemos oportunidad de intervenir, estamos reforzando eslabones de vida, la vida de los niños, ese es nuestro interés. Eslabones de vida que construirán una cadena de futuro, su futuro, un camino a emprender que deseamos que discurra por un cauce de tolerancia. Nuestro objetivo es lograr la convivencia pacífica en las calles, sin accidentes, en ese espacio público que compartimos, donde esté presente la solidaridad, el respeto, la empatía, valores que nos deben guiar y que fundamentan el mayor de nuestros sentidos: el sentido común.

El accidente de tráfico es un problema de salud que tenemos que afrontar con políticas de intervención y medidas urgentes dirigidas a todos los sectores de población. Cuanto antes empecemos, más vidas podremos rescatar y más nos alejaremos del pronóstico que anuncia a los accidentes de tráfico como la quinta causa de fallecimiento, en un, no muy lejano, año 2030.

■ 5. Referencias bibliográficas

DGT. Decenio de Acción para la Seguridad Vial (2011–2020).

DGT. Recursos didácticos <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/infancia/>

Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020, Resumen ejecutivo. http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/politicas-viales/estrategicos-2011-2020/doc/estrategico_2020_003.pdf

Fiscal de Sala Coordinador de Seguridad Vial. Memoria año 2011-2012. La Educación Vial en los ciclos de enseñanza obligatoria e infantil. Propuesta de reforma para incorporar en Proyecto LOMCE

Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre.

Manso Pérez, V. Respuesta a la Mesa de los Diputados presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (CiU), relativa a “Establecimiento de Unidades Didácticas de Educación Vial en la educación obligatoria, para contribuir, de forma más intensa y eficaz, a la necesaria prevención de los accidentes de tráfico”.

Manual del Curso de habilitación para coordinadores provinciales de educación (DGT).

OMS (2013) Apoyo al decenio de acción. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/summary_es.pdf

La prevención de accidentes en el currículo de la Educación Obligatoria española

Ester Soler, Valentín Gavidia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales, Universidad de Valencia.

E-mail: Valentin.Gavidia@uv.es, estsodia@alumni.uv.es

RESUMEN: El presente trabajo pretende determinar la idoneidad del currículo de Educación Secundaria en materia de accidentes, dando una idea de si la educación que recibe la sociedad española y la de la Comunidad Valenciana está suficientemente preparada para que ésta afronte la problemática de accidentes con las debidas garantías.

Primero se construye un instrumento de análisis elaborado con la ayuda de expertos que contiene los elementos esenciales en materia de accidentes que los currículos deben incorporar para garantizar que la sociedad absorbe estos conocimientos a través de los estudiantes durante la Educación Obligatoria. Posteriormente, se compara éste con los currículos del Boletín Oficial del Estado y del Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, para ver en qué medida son éstos adecuados a las necesidades.

PALABRAS CLAVE: Accidentes, Educación para la Salud, Competencias en Salud, Educación Obligatoria, Currículo escolar.

Accident prevention in the curriculum of compulsory education in Spain

ABSTRACT: This paper aims to determine the suitability of the curriculum of secondary education concerning accidents, giving an idea of whether the education received by the Spanish society and that of the Valencian Community is sufficient to confront the problem of accidents ensuring adequate guarantees.

First, an analytical tool -developed with the help of experts- containing the essential elements concerning accidents that curricula should incorporate to ensure that the society absorbs this knowledge through its students during compulsory education is built. Subsequently, it is compared with the curricula of the Official State Diary and the Official Journal of the Valencia Community, to see to what extent they are appropriate to the needs.

KEY WORDS: Accidents, Health Education, Health competencies, Compulsory Education, Curriculum.

ISBN: 978-84-16786-72-5

1. Introducción

El espectacular aumento de la esperanza de vida al que asistimos durante el siglo XXI, tan desigual como acusado, se corresponde en buena parte a la creciente importancia que se le otorga al cuidado de la salud en nuestras sociedades, que para hacerse extensiva a la mayor parte de la población, utiliza como principal vehículo transmisor la educación, en una parte fundamental, a través de la enseñanza reglada.

Entendiendo la vital importancia del rol que tiene la educación en la salud y que en una parte fundamental se aprende, ésta debe tener una cuidada presencia en los currículos que se desarrollan en nuestras aulas.

En esa línea, los organismos competentes trabajan para asegurar que durante la Educación Obligatoria los escolarizados asuman las competencias necesarias en ésta y otras materias.

Una de las medidas fundamentales para alcanzar este conocimiento es realizar un análisis curricular para comprobar si los contenidos prescriptivos que la ley dicta para todos los escolarizados, son los óptimos y si se cubre en ellos la problemática fundamental de la materia.

De entre los diversos ámbitos que comprende la salud, hay uno particularmente dramático y evitable que es el de los accidentes.

La propia definición de accidente varía en función del diccionario e idioma, pero como concepto clave sugiere que se produce una alteración eventual del orden regular, (sea un accidente físico, gramatical, etc.), y aplicado a nuestro contexto de la salud, además, implica un daño personal involuntario. Así, la OMS la define en 1991 como “acontecimiento no premeditado, que produce daño o lesión reconocible o visible, corporal o mental”. Es importante cómo esta definición evita el término inesperado, en tanto definiciones que incluyan este adjetivo pueden resultar confusas e imprecisas, teniendo en cuenta las numerosas herramientas y los amplios conocimientos de que hoy día disponemos, como el estudio de los factores favorecedores y los análisis y resultados obtenidos sobre datos estadísticos de siniestralidad.

Los accidentes de salud han acompañado siempre al ser humano. Conforme el tamaño y el desarrollo de una sociedad avanzan, a menudo se incrementan los accidentes.

Pensemos en cómo la evolución de la sociedad ha afectado a la cantidad de potenciales peligros por accidente, desde las primeras ciudades hasta nuestros días. La propia complejidad de nuestra sociedad y cultura ha añadido cientos de elementos de riesgo, como por ejemplo la cantidad y variedad de sustancias potencialmente tóxicas

a que podemos exponernos, o los adelantos en transportes que también suponen un mayor riesgo de accidente. Sin embargo, los medios disponibles para evitar estos desafortunados acontecimientos no siempre se han dispuesto, incluso durante demasiado tiempo ni siquiera se ha considerado que dichos esfuerzos resulten de utilidad pública, infravalorando la magnitud del problema.

Desde los albores de la civilización, cinco milenios antes de nuestra era vemos algunos ejemplos de los primeros mecanismos de prevención, consistentes en una serie de buenas prácticas de aplicación obligada por las leyes civiles o por los códigos religiosos.

Con las primeras civilizaciones del mundo antiguo, los accidentes se estudian desde la perspectiva de la emergente ciencia médica, principalmente en un sentido paliativo. Así, en la antigua Mesopotamia se asociaba la enfermedad de cataratas a la actividad artesanal, o en la antigua Grecia se vincula a ciertos trabajos la intoxicación por plomo causada por la exposición prolongada a este tóxico.

Durante la Edad Media, se empieza a observar la elevada mortandad en minería, y surgen mutualidades agrícolas entre campesinos sufragadas con parte de la cosecha, y en los accidentes en los Gremios con compromisos de ayuda en caso de enfermedad, incapacidad o muerte de sus miembros, así como en el comercio marítimo, con los primeros seguros documentados, aunque no fue hasta el S.XVII cuando empiezan a crearse las primeras compañías de seguros que empiezan a expandir sus coberturas y se comienza a disponer de estadística fiable que ayude a comprender la envergadura del problema y a considerar mejor los factores de riesgo.

Finalmente, el concepto de accidente de salud se extiende y difunde a raíz de los frecuentes siniestros de carácter personal acontecidos en choques de vehículos autopropulsados a partir del siglo XIX. Pero ha sido preciso un considerable aumento y expansión de la cultura y la economía en buena parte de nuestras sociedades el que ha permitido a finales del S.XX que se le haya dado un impulso definitivo al tratamiento de este problema.

Una consideración más justa y temprana de este tipo de problemas habría contribuido a un mejor desarrollo humano, y ahora que se ha alcanzado un cierto nivel de consideración del problema debemos poner los medios precisos a nuestro alcance para superar esta antes casi invisible barrera.

Para ilustrar la magnitud de este problema, es útil señalar datos estadísticos que nos ayuden a entender la situación actual. Sólo en España, en 2010, en accidentes de circulación fallecieron 2478 personas y otras 7532 perdieron la vida por accidentes de otros tipos, de los cuales destacan lamentablemente los accidentes laborales. Sólo en

accidentes de trabajo (excluyendo in itinere) hubo 569 muertes, según la Dirección General de Tráfico y datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración, respectivamente.

Además de estas desgracias fatales, habría que considerar las no fatales, y todo el daño que todas ellas causan a nivel personal y social, más allá de los ya importantísimos costes económicos.

Aun siendo estadísticamente menos fatales, y con en torno a un 5% de ingresos hospitalarios, tenemos que lamentar los datos de siniestralidad en el ámbito doméstico: mucho más frecuentes, potencialmente fatales, y afectando especialmente a niños y ancianos.

En España en 2011 hubo alrededor de 1,7 millones de accidentes domésticos y de ocio, lo que representa 3,7 casos por cada 100 habitantes, según el informe de Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio (informe DADO). De todos ellos, los acontecidos en el interior del hogar son cerca del 55%, y son en orden descendente, mayoritariamente caídas, golpes y cortes.

Los factores más favorecedores de los accidentes son el uso de drogas (incluyendo tabaco, alcohol y medicación) y el cansancio durante la realización de actividades potencialmente peligrosas, detrás de los cuales está una parte importantísima del daño sufrido por la sociedad. Y resulta particularmente dramático además de la magnitud de los daños personales y sociales, el carácter potencialmente evitable que conllevan.

Para reducir la fuente de mortandad y los costes sociales y personales que acarrear los accidentes, son fundamentales políticas educativas de calidad en materia de prevención. A su vez, una buena política educativa de prevención de accidentes requiere de una adecuada propuesta curricular que permita y garantice una educación en materia de accidentes.

De esta forma, el objetivo de este análisis curricular es precisamente determinar si los contenidos del currículo de Primaria y Secundaria son adecuados a las necesidades educativas de los jóvenes españoles respecto a la competencia en accidentes, de forma que los resultados obtenidos ayuden a abordar la tarea de adecuar los currículos para asegurar un tratamiento completo en materia de accidentes, cubriendo todas las necesidades de los educandos.

■ 2. Metodología

El primer paso para comprobar si los currículos se adecúan a las necesidades educativas, fue determinar cuáles eran dichas necesidades. Para ello, se utilizaron los resultados de un estudio sobre Competencias Generales en Materia de Salud en Educación Obligatoria elaborado por el grupo de trabajo COMSAL.

El grupo COMSAL está formado por un equipo interdisciplinar de expertos compuesto por el equipo investigador, profesores de las Universidades de Alicante, Elche, País Vasco y Valencia, de áreas relacionadas principalmente con la Psicología, la Pedagogía y Didáctica de las Ciencias Experimentales, un buen número de profesores de Educación Primaria y Secundaria, asesores del CEFIRE y un médico.

Partiendo de una revisión global de la literatura y de las propuestas de los principales organismos públicos de diversos ámbitos en materia de salud, se elaboró un listado de problemas en el ámbito de la salud que se concretó en ocho ámbitos atendiendo a los principales escenarios en que éstos acontecen, y pueden ser prevenidos y paliados sus efectos, desde el prisma de la educación: Accidentes, Adicciones, Alimentación y Actividad Física, Medio Ambiente, Promoción de la Salud, la Higiene, la Salud Mental y la Sexualidad.

Para identificar las competencias en Salud que deben desarrollarse en la educación obligatoria se realizó un estudio basado en la metodología Delphi (Calhoun, McElligott, Weist and Raczynski, 2012, pp. 22-29) con tres rondas de consulta a personas expertas. Para su selección se tuvo en cuenta tres criterios: la procedencia geográfica, la formación académica y la actividad profesional (profesores e investigadores de universidad, de enseñanza primaria y secundaria o responsables de políticas sanitarias públicas).

Para recoger su opinión se confeccionó un cuestionario basado en las recomendaciones que los organismos internacionales (OMS, Consejo de Europa, Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, Proyecto Europeo de las Escuelas Promotoras de Salud, Proyecto Pisa) y nacionales (Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Universidades y Leyes de Salud Escolar de los gobiernos autonómicos) realizan sobre los problemas prioritarios y las competencias en salud que deben alcanzar los estudiantes después de haber cursado la enseñanza obligatoria.

Este documento de trabajo se envió al grupo de expertos seleccionado para identificar las competencias en Salud y en concreto en educación para la prevención de accidentes así como los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo.

El documento adquirió la forma de cuestionario semiabierto en el que se pedía una valoración utilizando una escala de 5 puntos tipo Likert, y además, que la pudieran completar con otros problemas y/o contenidos competenciales que estimasen oportunos.

Una vez consensuadas las competencias en Prevención de Accidentes, así como los contenidos necesarios para lograr su desarrollo durante la Educación Obligatoria, se confeccionó un instrumento de análisis curricular basado en dicho consenso. Esta herramienta se dividió atendiendo a los conceptos, procedimientos y actitudes que

un alumno/a debe adquirir ante los problemas más importantes relacionados con los accidentes. A continuación se procedió a un análisis del currículo prescriptivo de las etapas primaria y secundaria propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia, (Reales Decretos 1513/2006 de 7 de diciembre y 1631/2006, de 29 de diciembre) y por el Gobierno Valenciano (Decreto 111/2007 y 112/2007 de 20 de julio), estableciéndose posteriormente las comparativas necesarias entre ambos.

El estudio se inició tras haber leído exhaustiva y detenidamente el contenido de los currículos para extraer de ellos todos los contenidos curriculares de las asignaturas de carácter obligatorio relacionados con materia de accidentes. También se hizo una búsqueda por medio de una extensa lista de palabras clave en cada situación problemática para asegurar que no se había pasado nada por alto. Este análisis se comparó con el efectuado en la Universidad de Elche y los datos obtenidos fueron debidamente cotejados y revisados.

■ 3. Resultados

Los problemas relacionados con la Prevención de Accidentes y consensuados por todos los expertos para ser abordados en la Escuela son:

1. Los accidentes de tráfico.
2. Los accidentes domésticos y los producidos en el entorno escolar.
3. Las Caídas.
4. Las Quemaduras.
5. Los Ahogamientos y Asfixias.
6. Las Mordeduras y Picaduras de animales.

En la tabla 1 se presentan las competencias en Prevención de Accidentes para hacer frente a los problemas mencionados y en la tabla 2 los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo que deben estar presentes en el currículo escolar. Esta propuesta ha servido para llevar a cabo los análisis curriculares posteriores.

Tabla 1. Competencias en el ámbito de la Prevención de Accidentes

Competencia: “PREVENCIÓN DE RIESGOS EN NUESTRO ENTORNO Y CONTENCIÓN DE ACCIDENTES”
Saber: Situaciones y elementos de riesgos. Prevención de los accidentes más comunes.
Saber hacer: Evaluar situaciones de riesgo y actuar de forma adecuada en caso de accidente.
Saber ser: Responsabilidad, serenidad y colaboración en casos de riesgo o accidente.

Tabla 2. Problemas relacionados con la Prevención de Accidentes y contenidos para desarrollar las competencias

Situación problemática 1: Accidentes de tráfico
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones de riesgo y normas básicas de seguridad vial (personal, familiar y social). • Tasas de accidentes de tráfico. Causas y consecuencias. • Pasos a seguir ante un accidente de tráfico (PAS: proteger, avisar y socorrer). • Primeros auxilios. • Efectos del alcohol y otras drogas en la conducta vial.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar comportamientos adecuados e inadecuados en las vías de circulación. • Evaluar situaciones de riesgo para prevenir los accidentes que puedan ocurrir en las vías de circulación. • Saber actuar en caso de accidente. • Negociar ante una situación de conflicto de tráfico. • Valorar la situación de las personas afectadas en un accidente de tráfico. • Discriminar situaciones en las que se puede conducir de forma segura.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Respeto por las normas de circulación con atención especial a los peatones. • Responsabilidad cívica en la conducción. • Colaboración en las situaciones de accidentes. • Tomar conciencia de los riesgos que conlleva conducir bajo los efectos del alcohol y otras drogas.
Situación problemática 2: Accidentes domésticos y del entorno escolar
Conceptos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos en los ámbitos doméstico y escolar. • Primeros auxilios básicos y emergencias.
Procedimientos a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y prevenir las posibles situaciones de riesgo en los ámbitos doméstico y escolar. • Saber actuar en caso de accidente doméstico y escolar.
Actitudes a desarrollar
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia del riesgo potencial que comporta el uso de algunos utensilios, productos domésticos y del entorno escolar, así como sus consecuencias. • Procurar ambientes seguros de accidentes minimizando riesgos innecesarios.

Situación problemática 3: Caídas

Conceptos a adquirir

- Situaciones o elementos de riesgo en el espacio doméstico, escolar o vial.
- Primeros auxilios básicos en caso de lesión. Emergencias.
- Lesiones más frecuentes originadas por caídas.

Procedimientos a utilizar

- Saber adaptar las posturas y movimientos del propio cuerpo, sus posibilidades y limitaciones, a diversidad de situaciones de riesgo.
- Saber actuar en caso de lesión personal o ajena.
- Identificar situaciones de riesgo que puedan producir caídas.

Actitudes a desarrollar

- Ser consciente de las posibilidades personales de actividad física.
- Tomar conciencia de las lesiones que pueden provocar las caídas.
- Responsabilidad ante las consecuencias propias y ajenas de una conducta de riesgo.
- *Valorar situaciones que puedan prevenir caídas.*

Situación problemática 4: Quemaduras

Conceptos a adquirir

- Productos peligrosos inflamables y sus riesgos.
- *Elementos que producen quemaduras por radiación.*
- Primeros auxilios básicos y emergencias.
- Normas de evacuación de un edificio.

Procedimientos a utilizar

- Evaluar y prevenir situaciones peligrosas que provoquen quemaduras.
- Saber actuar en caso de incendio y de quemadura personal o de otras personas.
- Utilizar adecuadamente los servicios sociosanitarios.
- *Saber proceder en la evacuación de un edificio.*

Actitudes a desarrollar

- Adoptar una postura encaminada a obtener espacios seguros.
- Mantener una actitud prudente y vigilante con los elementos y situaciones de riesgo que provoquen quemaduras.
- Postura de aceptación e integración hacia las personas afectadas por quemaduras.
- *Actitud serena y de colaboración ante una situación de evacuación.*

Situación problemática 5: Ahogamientos y asfixias

Conceptos a adquirir

- Situaciones de riesgo y medidas de prevención.
- Primeros auxilios básicos y emergencias.
- Indicaciones que ofrecen las instituciones sobre las posibilidades de baño y navegación.

Procedimientos a utilizar

- Evaluar y prevenir situaciones de riesgo de ahogamiento y asfixias.
- Saber actuar en los posibles casos de ahogamiento o asfixia.

Actitudes a desarrollar

- Respetar las advertencias de seguridad en zonas de baño y navegación y al manipular objetos de riesgo potencial.
- Responsabilidad y toma de conciencia de las conductas de riesgo de ahogamiento y asfixia.
- Adoptar una postura encaminada a obtener espacios seguros.

Situación problemática 6: Mordeduras y picaduras de animales

Conceptos a adquirir

- Animales potencialmente peligrosos y posibles consecuencias de sus acciones en el cuerpo humano.
- Primeros auxilios y emergencias.

Procedimientos a utilizar

- Evaluar y prevenir situaciones de riesgo.
- Saber actuar ante picaduras y mordeduras.

Actitudes a desarrollar

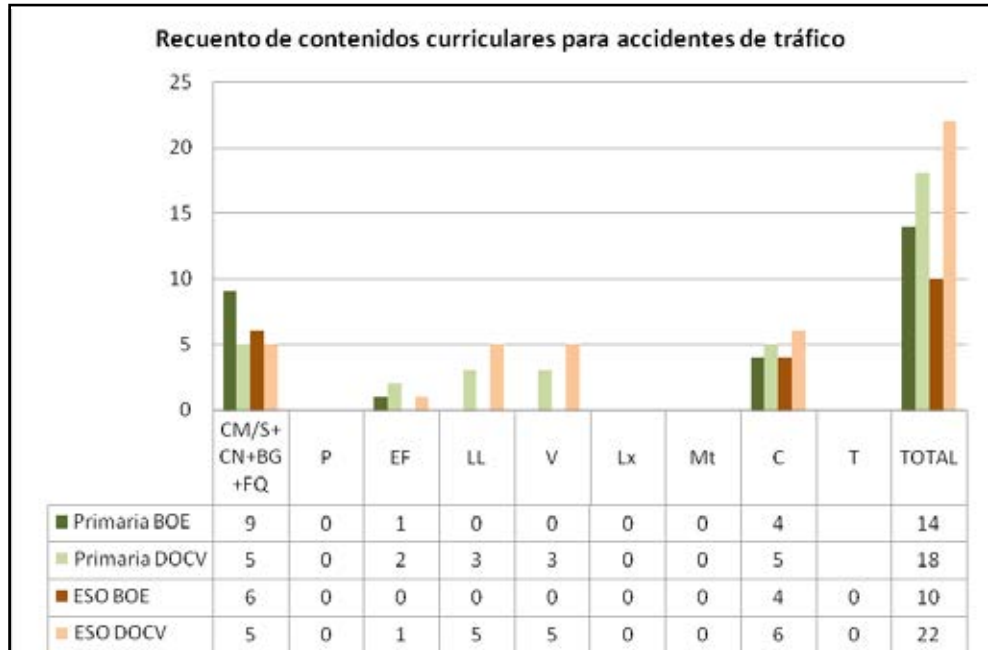
- Respeto y prudencia ante animales potencialmente peligrosos.

A continuación, y a partir de estos contenidos competenciales se confeccionó un “instrumento de análisis curricular”, con el que estudiar las propuestas que realizan el Ministerio de Educación y Ciencia, y la Generalitat Valenciana, sobre la Prevención de Accidentes a través del currículo escolar prescriptivo de la Educación obligatoria, tanto de Primaria como de Secundaria.

Para ello nos centraremos en cada uno de los seis problemas dedicando especial atención a las materias que aportan un mayor número de contenidos curriculares relativos al ámbito de la Prevención de Accidentes. También analizamos si la contribución se realiza a nivel conceptual, procedimental o actitudinal. Por último se indican los contenidos competenciales que no aparecen en las propuestas curriculares y se consideran necesarios para el desarrollo de estas competencias.

Situación problemática 1: Accidentes de Tráfico

Gráfico 1. Contribución curricular a la Prevención de Accidentes de Tráfico



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas; C: Ciudadanía; Et: Ética.

Del análisis efectuado observamos que aparecen mayor número de contenidos en el DOCV que en el BOE, con una diferencia de un 67%, y en este último se ven más en Primaria que en Secundaria, mientras que en el DOCV no hay diferencias entre etapas.

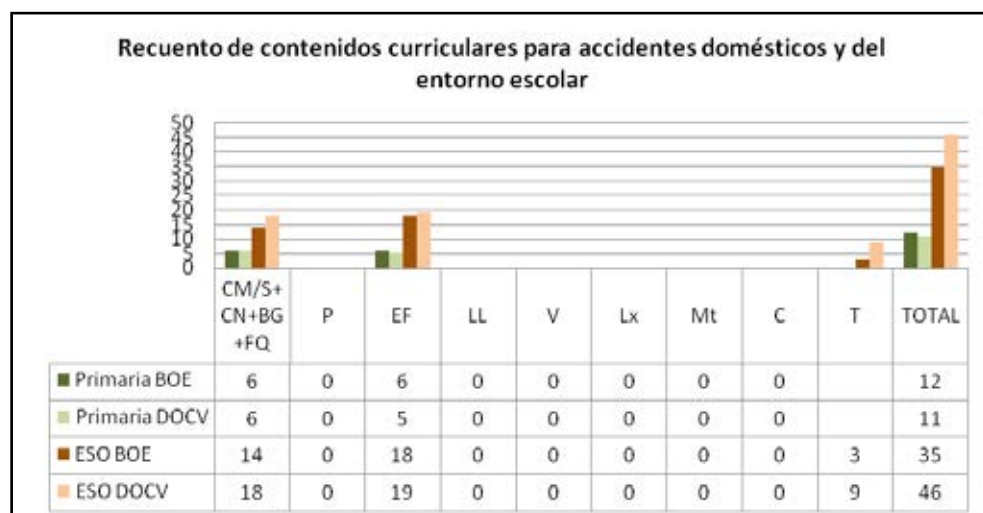
A destacar el hecho de que el tratamiento en el currículo del BOE de la etapa de Secundaria se retrae en relación a la Primaria pasando de 14 contenidos curriculares a 10, mientras que el currículo del DOCV pasa de 18 a 22 contenidos curriculares.

Un análisis por materias muestra la mayor implicación del grupo de asignaturas de Conocimiento del medio y Ciencias Naturales, seguido de Educación para la Ciudadanía, Lenguas (castellana y cooficial) y Educación Física.

Situación problemática 2: Accidentes domésticos y en el entorno escolar

En relación al análisis de la cobertura curricular de las subcompetencias sobre la educación en accidentes domésticos y del entorno escolar, se presentan los siguientes resultados:

Gráfico 2. Contribución curricular a la Prevención de Accidentes domésticos y del entorno escolar



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética; T: Tecnologías.

Observamos que las diferencias entre las propuestas del BOE y del DOCV son mínimas, y entre etapas, se decantan a favor de la Secundaria pues hay en torno al triple de referencias que en Primaria. Es decir, al final de la Educación Obligatoria, la cobertura en el currículo es mucho más completa.

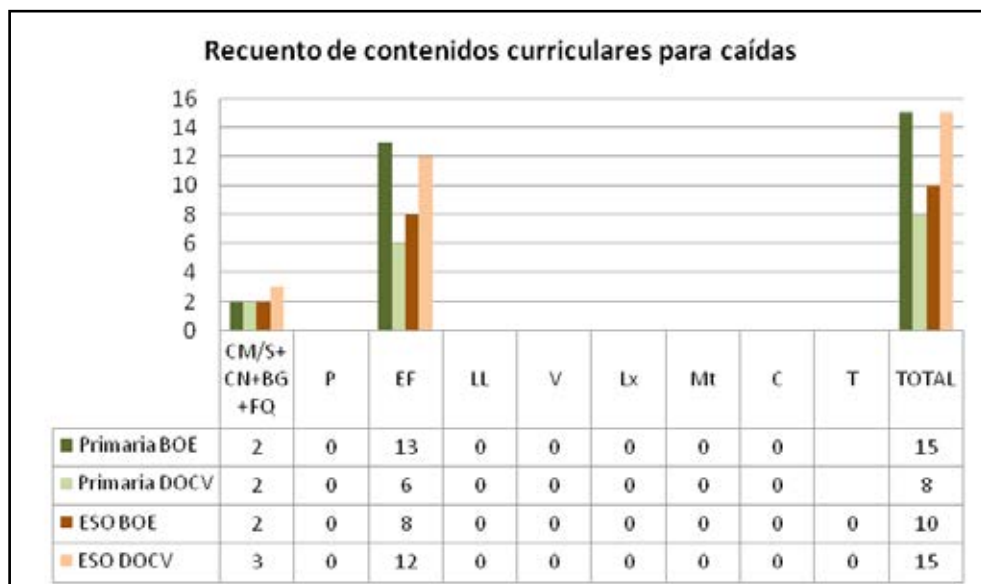
En cuanto al número de contenidos curriculares sobre esta situación problemática, el BOE suma 47 contenidos curriculares en tanto que los del currículo del DOCV ascienden a 57, algo más de un 20%.

Por materias destacamos la Educación física con el mismo número de contenidos que el conglomerado de Conocimiento del Medio y las Ciencias Naturales, así como la presencia de estos contenidos en Tecnologías de Secundaria.

Situación problemática 3: las Caídas

Del recuento de los contenidos competenciales relacionados con esta situación problemática obtenemos los siguientes resultados:

Gráfico 3. Contribución curricular a la Prevención de las Caídas



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

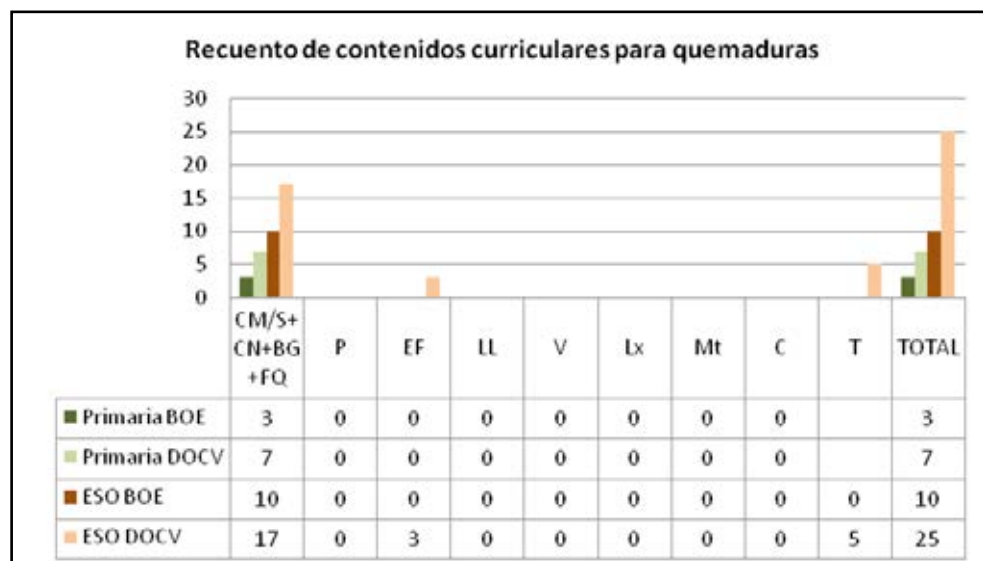
Sobre la aportación de contenidos curriculares a este ámbito, el recuento muestra extrañas diferencias entre BOE y DOCV y entre etapas, pues hay un mayor número de contenidos en Primaria del BOE, mientras que el tratamiento en el DOCV es mayor en Secundaria.

En cuanto a materias llama la atención la contribución de Educación Física, que supone la práctica totalidad de referencias en los currículos, sólo complementadas por el conjunto de áreas de Conocimiento del Medio y Ciencias Naturales.

Situación problemática 4: las Quemaduras

En el análisis de la cobertura de las subcompetencias en ambos currículos sobre este problema observamos los siguientes resultados:

Gráfico 4. Contribución curricular a la Prevención de Quemaduras



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética; T: Tecnologías.

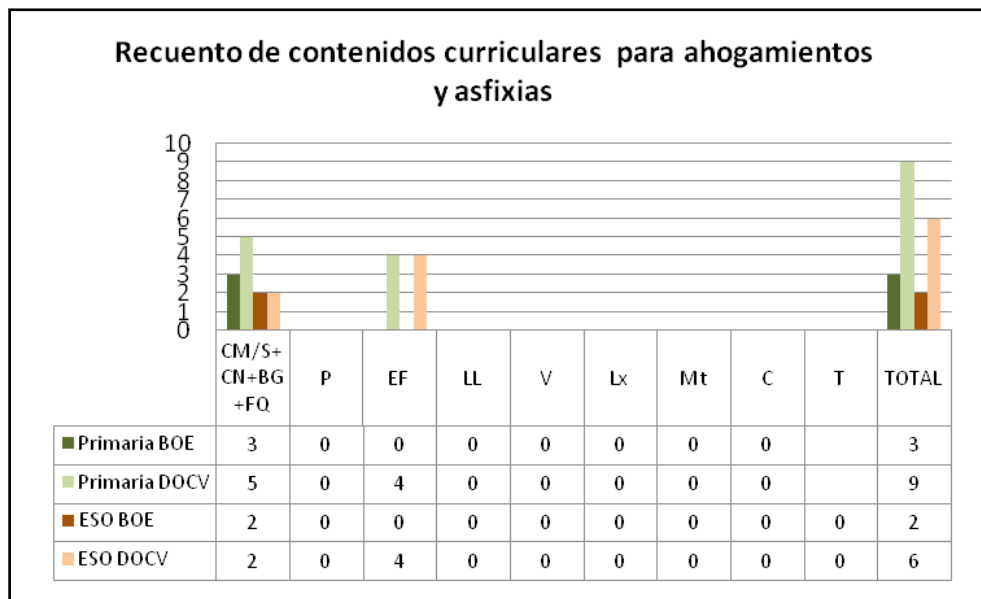
Existe una clara diferencia de contenidos en favor de la etapa de la ESO respecto a los de Primaria, en proporción 3 a 1. Además, observamos que una diferencia muy significativa a favor del currículo del DOCV, con más del doble de contenidos curriculares que la propuesta curricular del BOE.

Por materias, los contenidos curriculares se concentran en las asignaturas de Conocimiento del Medio y Ciencias Naturales, quedando algunas referencias en Tecnología y Educación Física.

Situación problemática 5: Ahogamientos y Asfixias

El recuento de los contenidos competenciales acerca de ahogamientos y asfixias nos ofrece los siguientes resultados:

Gráfico 5. Contribución curricular ante la Prevención de Ahogamientos y Asfixias



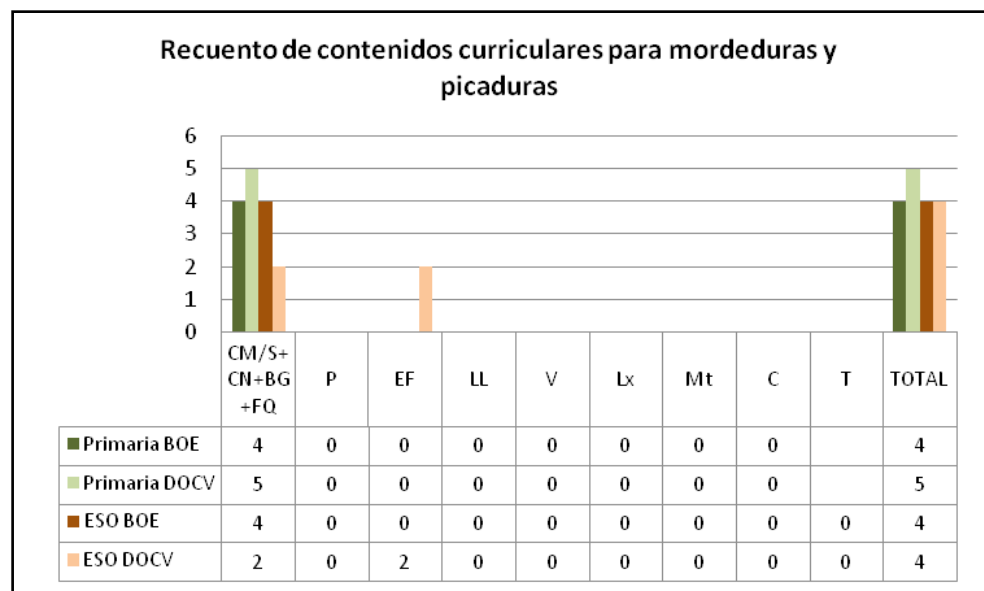
Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética; .T: Tecnologías.

En este caso podemos ver una diferencia en favor de la etapa de Primaria y de los contenidos del DOCV. Por materias, su tratamiento queda circunscrito al conjunto de Conocimiento del Medio y las Ciencias Naturales, y en el caso del DOCV, hay algunas referencias en Educación física.

Situación problemática 6: Mordeduras y Picaduras

En cuanto a la cobertura de las subcompetencias en esta problemática podemos observar lo siguiente:

Gráfico 6. Contribución curricular ante las Mordeduras y Picaduras



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

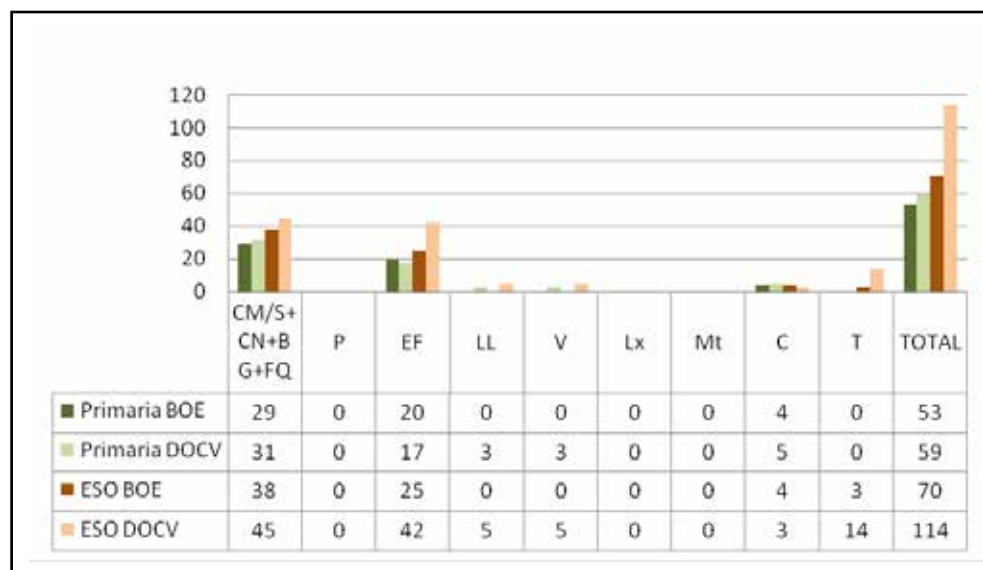
Observamos una fuerte diferencia en cuanto al tratamiento de esta problemática en el BOE y en el GOCV. En el BOE hay un número de contenidos similares en Primaria que en Secundaria, mientras que en el DOCV hay una gran diferencia entre las propuestas para Primaria, mucho mayores, que en las de Secundaria (bastante menores). Esto es, la etapa de Primaria cubre mayor número de subcompetencias que la etapa Secundaria.

Un análisis por materias nos lleva a concluir que la práctica totalidad de contenidos curriculares tiene lugar en las asignaturas de Conocimiento del Medio y Ciencias Naturales, salvo para el caso del currículo del DOCV, que posee propuestas de contenidos curriculares en Educación Física.

Abordaje general de la Prevención de Accidentes en el currículo

Con el recuento de todas las aportaciones elaboramos el gráfico 7 con el total de contribuciones por currículo y etapa, que aporta información cuantitativa de las veces que se trata el tema en educación obligatoria.

Gráfico 7: Aportaciones curriculares para todos los problemas de accidentes



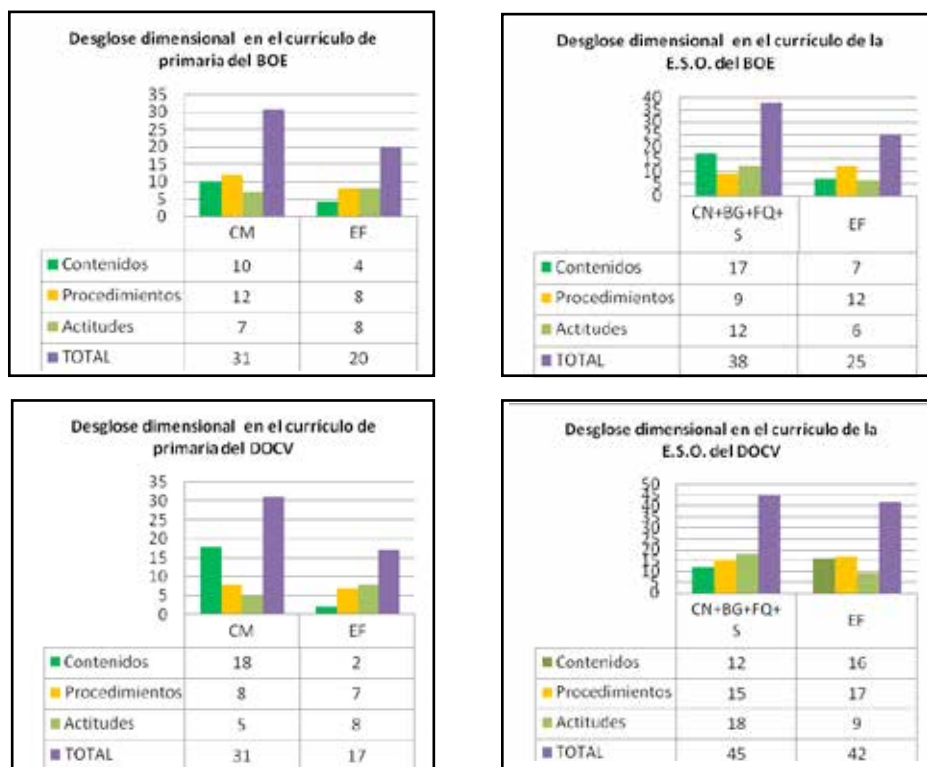
Nota: CM: Conocimiento del medio natural, social y cultural; S: Ciencias sociales, geografía e historia; CN: Ciencias de la naturaleza; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; P: Educación plástica y visual o Educación artística; EF: Educación Física; LL: Lengua castellana y su literatura; V: Lengua cooficial y su literatura; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas; C: Educación en la ciudadanía; T: Tecnologías.

El gráfico 7 ilustra cómo tanto para primaria como para secundaria, el currículo del DOCV contribuye en mayor medida a la adquisición de competencias en accidentes que el del BOE, y cómo también en ambos casos, se hace un mayor tratamiento en la etapa secundaria que en primaria.

También podemos observar la contribución curricular por materias, siendo el bloque de Conocimiento del Medio y Ciencias Naturales, junto con la Educación Física, muy superior al resto.

Aunque no hay un patrón sí que podemos decir que el tratamiento que se hace no es eminentemente conceptual y superficial, ya que el número de contenidos procedimentales y actitudinales también es importante. Esto lo podemos observar en el gráfico 8 en el que se desglosa las aportaciones que realizan las dos materias que más intervienen curricularmente en la Prevención de Accidentes.

Gráfico 8. Desglose por dimensiones del saber de las materias que más contribuyen a la Educación en Prevención de Accidentes



Contenidos de Prevención de Accidentes ausentes en el currículo

Al terminar el análisis del currículo teniendo como plantilla el instrumento consensuado sobre los problemas y los contenidos competenciales necesarios, observamos que existen algunos de estos contenidos que no aparecen en el estudio. Esto es, no existe propuesta de su tratamiento en las aulas. Lo que significa un déficit importante en el propio planteamiento educativo. En la tabla 3 se presenta el listado de dichos contenidos ausentes del currículo.

Tabla 3. Contenidos de Accidentes que no aparecen en el BOE en toda la Educación Obligatoria

<p style="text-align: center;">Contenidos Conceptuales ausentes</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasos a seguir ante un accidente de tráfico. (Proteger, avisar y socorrer).• Lesiones más frecuentes originadas por caídas.• Normas de evacuación de un edificio.• Indicaciones que ofrecen las instituciones sobre las posibilidades de baño y navegación. <p style="text-align: center;">Contenidos Procedimentales ausentes</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar comportamientos adecuados e inadecuados en las vías de circulación.• Discriminar situaciones en las que se puede conducir de forma segura.• Identificar situaciones de riesgo que puedan producir caídas.• Utilizar adecuadamente los servicios sociosanitarios.• <i>Saber proceder individualmente a la evacuación de un edificio.</i>• Evaluar y prevenir situaciones de riesgo de ahogamiento y asfixias.• Evaluar y prevenir situaciones de riesgo ante mordeduras y picaduras. <p style="text-align: center;">Contenidos Actitudinales ausentes</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar conciencia de las lesiones que pueden provocar las caídas.• Responsabilidad ante las consecuencias propias y ajenas de una conducta de riesgo.• <i>Valorar situaciones que puedan prevenir caídas.</i>• Adoptar una postura encaminada a obtener espacios seguros ante quemaduras.• Postura de aceptación e integración hacia las personas afectadas por quemaduras.• <i>Actitud serena y de colaboración ante una situación de evacuación.</i>• Respetar las advertencias de seguridad en zonas de baño y navegación y al manipular objetos de riesgo potencial.• Adoptar una postura encaminada a obtener espacios seguros ante ahogamientos y asfixias.

■ 4. Conclusiones

De la contribución y consenso de personas expertas en Educación para la Salud a través de dos rondas de metodología Delphi y una reunión presencial, se ha llegado a determinar los seis problemas más acuciantes en este ámbito, a definir la competencia en el terreno de la Prevención de Accidentes como “Prevención de riesgos en nuestro entorno y contención de accidentes”, a desglosar esta competencia en sus tres dimensiones de saber, saber hacer y saber ser, y a determinar los contenidos necesarios a desarrollar en la etapa de enseñanza obligatoria que permiten la adquisición de la citada competencia.

Con ello se ha elaborado un instrumento de estudio y se han analizado los currículos de la enseñanza obligatoria (primaria y secundaria) que presenta el Ministerio de Educación en el BOE y la Generalitat Valenciana en el DOCV.

Observando el tratamiento que se confiere a los seis problemas relativos a la Prevención de Accidentes podemos destacar las siguientes ideas clave: En primer lugar que el abordaje que se realiza en la etapa Secundaria es ligeramente superior al que se lleva a cabo en Primaria. En segundo lugar que en el BOE se contemplan menos contenidos competenciales que en el DOCV, que permiten la adquisición de las competencias en este ámbito. En tercer lugar que la temática de los Accidentes es tratada fundamentalmente en el bloque de Conocimiento del Medio, Biología y Ciencias Naturales, seguida de la Educación Física. Y en cuarto lugar que los contenidos se centran en los aspectos actitudinales con preferencia sobre los procedimentales y en último lugar se encuentran los conceptuales.

Así mismo queda patente, tanto en el BOE como en el DOCV, que un número considerable de contenidos competenciales relativos a la Prevención de Accidentes, necesarios para el desarrollo de sus competencias, se encuentran ausentes en ambos currículos.

■ 5. Referencias bibliográficas

- Arias, W. L. (2012). Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13 (3), 45-52.
- Comisión Europea (2004). *Competencias clave para un aprendizaje a lo largo de la vida. Un marco de referencia europeo*. Puesta en práctica del programa de trabajo “Educación y Formación 2010”. Grupo de trabajo B. “Competencias clave”. Comisión Europea. Dirección General de Educación y Cultura. Consultado el 27/08/2013 en: http://www.educastur.princast.es/info/calidad/indicadores/doc/comision_europea.pdf
- Decreto 111/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunitat Valenciana.
- Decreto 112/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunitat Valenciana.
- Dirección general de tráfico (2010). Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España 2010. Extraído el 20 de agosto de 2013, de http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/es/seguridad_vial/estadistica/publicaciones/princip_cifras_siniestral/cifras_siniestralidadl011.pdf

- Gavidia, V. (1997). Criterios para analizar las representaciones del concepto de salud. Su aplicación en el profesorado. Comunicación en el V Congreso Internacional sobre Investigación en la Didáctica de las Ciencias y de las Matemáticas. Murcia. *Enseñanza de las Ciencias*, 141-142.
- Gavidia, V. (2001). *La transversalidad y la Escuela Promotora de Salud*. *Revista Española de Salud Pública*, 75 (6), 505-516.
- Gavidia, V. (2003). La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (2), 275-285.
- Gavidia, V., Talavera, M., Sendra, C., Llorente, E., García, M., Gomar, B. (2012). The Evaluation of Competences in Health. En *Proceedings of INTED 2012 Conference*, March, Valencia.
- Instituto Nacional del Consumo (INC) (2012). Programa de prevención de lesiones: Detección de accidentes domésticos y de ocio 2011. Obtenida el 20 de agosto de 2013, en: http://www.consumo-inc.gob.es/novedades/docs/informe_DADO-2011-2012.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Carta Constitucional*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1986). Primera Conferencia internacional de promoción de la salud. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Canadá.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el siglo XXI*. Ginebra.
- Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la educación primaria (BOE, 8/12/06).
- Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la educación secundaria obligatoria (BOE, 5/01/07).



Ámbito 8

Salud Ambiental

Promoción de entornos saludables

José Carrasquer¹, Adrián Ponz¹, María Victoria Álvarez¹,
Beatriz Carrasquer²

¹) Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Zaragoza, Teruel.

²) Centro de Investigación de Recursos y Consumos Energéticos. U. de Zaragoza.
E-mail: Josecarr@unizar.es

RESUMEN: Se hace un repaso histórico de la aceptación del ambiente como un factor importante para la salud y asimismo la incorporación de los aspectos sociales como imprescindibles para abordar cualquier aspecto referente a ella. Se aborda el significado de las polisémicas palabras salud y ambiente, así como otras que conducen a la misma conceptualización. Por otra parte se matizan el resto de conceptos implicados, su evolución y se desarrollan las implicaciones sociales en la preservación de un medio saludable, así como las variables que influyen. Se tratan la Escuela y el Centro de Atención Primaria como ambientes de formación y promoción de los entornos saludables.

PALABRAS CLAVE: Salud, Promoción de la salud, Ambiente, Salud ambiental, Entornos que apoyan la salud.

Promotion of healthy environments

ABSTRACT: A historical review of the acceptance of the environment as an important factor for health and the incorporation of social aspects as essential is presented. The meaning of health and environment, both terms with multiple meanings, as well as other leading to the same conceptualization are addressed. Moreover, the other items involved and their evolution are clarified. Social implications for the preservation of a healthy environments are developed, as well as the variables that influence them. School and Primary Care Center are discussed as centers of training and promotion of healthy environments.

KEY WORDS: Health, Health promotion, Environment, Environmental health, Environments that support health.

■ 1. Introducción

La reconstrucción continua de determinados conceptos, y se cree que es el caso de los tratados en este trabajo, puede dar lugar a una significación inabarcable, inconmensurable, *sintetizada* en una o varias palabras. Por ello, una vez realizada su *síntesis* teórica y contextualizada en un hecho concreto, en un lugar determinado, ha de ser necesariamente *desintetizada* para abordar su labor didáctica; es el caso de las disparidades que se presentan al llevar a cabo actuaciones en ambientes diferentes como países americanos, europeos,..., y de ellos en lugares concretos como cárceles, hospitales, escuelas, facultades universitarias, campamentos de verano, etc. Pero todo ello sin perder la perspectiva de que una parte deseable de la *promoción de la salud* se ha de llevar a cabo en la formación inicial, con actuaciones *preventivas*, dado que cuando se llevan a cabo actuaciones con colectividades de adultos, casi al cien por cien, ya se está realizando una actuación *curativa* ante un *problema diagnosticado*.

En este trabajo se matizan los conceptos de salud y de ambiente, y se centra su significación en la educación en el entorno más cercano, considerado como el fundamental y potencialmente más funcional y eficaz para conseguir la salud. En concreto se considera que los Centros Educativos y los Centros de Atención Primaria han de ser prioritarios en las acciones.

■ 2. Premisas históricas

En la segunda mitad del siglo XX la Organización Mundial de la Salud (a partir de ahora OMS) amplía su concepto de salud. Incluye los *aspectos sociales como fundamentales para el bienestar humano* basándose en diversos trabajos realizados en países americanos y con una fuerte influencia de médicos, como Henry Ernest Sigerist, que entendían la salud como un derecho de las personas y una responsabilidad de los gobiernos.

Entre las cinco estrategias clave de la Carta de Ottawa (OMS, 1986), se incluye la *creación de entornos favorables para la salud*. Posteriormente en diversas actuaciones y conferencias internacionales se van clarificando algunos de los factores que mostraban evidencias de la eficacia para mejorar la salud de las personas y, a su vez, algunos de ellos tenían una relación directa con escenarios ambientales en los que se pone de manifiesto la *eficacia de realizar en ellos actividades de promoción de la salud*, concretamente en los centros docentes, los lugares de trabajo, las ciudades y las comunidades locales.

La III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Sundsvall (OMS, 1991) se subtítulo *Entornos propicios para la salud*. En la *Declaración* elaborada por los participantes en la *Conferencia* se llamó la atención acerca de la importancia de de la *interdependencia del ambiente y la salud de las personas*. Asimismo se puso énfasis en que entorno y salud debían de ser las prioridades para la toma de decisiones en las políticas de los gobiernos, fundamentalmente en caso de *conflicto entre los intereses entre el desarrollo y la salud de las personas*.

Posteriormente la OMS publica su glosario de Promoción de la Salud y se refiere a *entorno* como “[...] los lugares donde viven las personas, su *comunidad* local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento” (OMS, 1998, 31). Entre las actuaciones que influyen en la configuración de estos espacios se refiere explícitamente a las *acciones políticas, económicas y la acción social*.

Si bien en dichas publicaciones los lugares habitables parecen limitar el concepto *entorno* al más próximo físicamente, no se debe de perder la perspectiva de que los espacios más amplios, más alejados, también son condicionantes de la salud. A la postre el ecosistema Tierra es nuestro ambiente, planteamiento cada vez más patente debido a la repercusión global de las guerras, accidentes nucleares o catástrofes naturales, movimientos geográficos masivos de personas, sin olvidar el progreso de los medios de comunicación, entre ellos y de forma relevante, Internet.

Respecto a este último apunte la *Declaración de Independencia del Ciberespacio* de Barlow (1996, 1), publicada en el Foro Económico Mundial de Davos como una contestación al Acta de Reforma de las Comunicaciones de Estados Unidos, dice: “No hemos elegido ningún gobierno, ni pretendemos tenerlo, así que me dirijo a vosotros sin más autoridad que aquella con la que la libertad siempre habla. Declaro el espacio social global que estamos construyendo independiente por naturaleza de las tiranías que estáis buscando imponernos. No tenéis ningún derecho moral a gobernarnos ni poseéis métodos para hacernos cumplir vuestra ley que debemos temer verdaderamente.” (Barlow, 1996, 1).

Esta *Declaración* pone de manifiesto el doble filo de la herramienta. Barlow identifica el *reino digital* con la *aldea global*, y éste regido por una *inteligencia colectiva*, encargada de *construir un mundo mejor* (Toca, 2015).

Hasta hace unos años *los malos*, los dueños de las empresas petrolíferas se enfrentaban a *los buenos*, los gigantes de la energía verde, pero ambos son poderosos y con intereses económicos; algunos de *los buenos*, también gigantes de los negocios infor-

máticos y por lo tanto con una gran capacidad de generar opiniones y de dominio de potentes instrumentos *educativos*.

Cuando se piensa globalmente, las necesidades y las prioridades son diferentes debido a la disparidad económica de las diversas poblaciones mundiales. Las acciones económicas, políticas y sociales no pueden tener los mismos parámetros. Por esa razón, el refuerzo a las acciones sociales en los entornos de comunidades puede ser uno de los planteamientos más realistas, siendo para ello el factor fundamental la educación, derecho de las personas, que sin duda conduce a cambios sociales, que asimismo deben provocar a medio plazo nuevos planteamientos políticos, económicos y educativos; y todos ellos a mejores entornos de salud.

Pero esta estrategia de *lo local*, no debe hacer olvidar la responsabilidad de los Estados de las naciones. Se podría caer en la tentación de pensar que si algo no funciona bien en una comunidad determinada es competencia de sus propios integrantes, dado que se les ha *responsabilizado* mediante una financiación, lo cual habrá resultado sin duda mucho más económica, que dar solución a los problemas de equidad.

■ 3. Salud y ambiente

Entorno saludable, salud ambiental, son términos lingüísticos de significación muy amplia, en los que intervienen dos palabras con interpretación variable. Por lo tanto dos expresiones con múltiples significados para los ciudadanos en general, pero también para los diversos profesionales que se dedican a ellos. Expresiones que sufren una continua evolución en su uso, habitualmente ampliándose, pero también distorsionándose.

En este apartado se incluye una revisión acerca del concepto de salud y su evolución, así como de los conceptos de entorno, medio y ambiente, además de reflexionar mediante ejemplos concretos acerca de cómo el entorno influye de manera directa en la salud humana.

3.1. Salud

Sigerist, médico alemán, entusiasta y eminente conocedor de la historia de la medicina y del desarrollo de la medicina social, también fue un gran divulgador de la necesidad de esta última. Su gran experiencia en estos ámbitos quedó reflejada de forma sencilla y magistral en su librito *La Medicina y el Bienestar Humano*, en el que se imprimieron algunas de sus conferencias impartidas en Estados Unidos en los últimos años de su residencia en este país (Beldarraín, 2002). En su revisión histórica

de los conceptos de enfermedad y salud insiste en la necesidad de que los Estados sean los que tengan la representación de todos los individuos que los componen y por lo tanto tienen la obligación de cuidar de su bienestar. De esta idea central surgirá posteriormente el concepto de *Estado del bienestar*. No obstante, Sigerist como conocedor de la inhibición habitual de los Estados, de su obligación en este aspecto, también incide en que ni los médicos pueden hacerlo todo, ni el Estado puede imponer comportamientos; éste, tiene que dar formación y proveer al entorno de vida, de las circunstancias adecuadas, “Es una guerra [contra la enfermedad y por la salud] de los individuos en la cual la población entera tiene que estar plenamente movilizada” (Sigerist, 1943, 108).

En la cita anterior también queda implícito uno de los conceptos más importantes difundidos por el autor, “[...] la salud es inconmensurablemente más que la mera ausencia de la enfermedad” (Sigerist, 1943, 65).

Estos postulados básicos de Sigerist constituirán la teoría adoptada por la Organización Mundial de Salud a partir de los años cuarenta del siglo pasado y de las conferencias internacionales sucesivas. Los Estados han de hacerse cargo de sus obligaciones en lo que concierne a crear entornos adecuados para el desarrollo de una vida saludable.

Respecto al significado del término actual de salud, Gavidia y Talavera (2012) pormenorizan sus diversas utilidades, significados y evolución. La histórica visión de la salud estrictamente médica y su significado opuesto al de enfermedad, ha ido incorporando aspectos psicológicos, ecológicos, conductuales y de necesidades personales, que de forma paralela también han hecho evolucionar el concepto de enfermedad.

3.2. Entorno, medio, ambiente

El entorno o ambiente es lo que rodea al ser u objeto de referencia, en este caso, las personas. Lo que circunda a los individuos puede representarse con espacios cada vez mayores partiendo de la vivienda familiar y continuando por el lugar de trabajo (entiéndase también la escuela), lugar de ocio, las asociaciones, la ciudad, etc.

Desde el momento que los primeros naturalistas comienzan a utilizar el concepto *medio*, su significado no ha dejado de ser ampliado. De forma paralela *entorno* y *ambiente* también han evolucionado en su significado hasta el punto de ser prácticamente coincidente con el primero. Lamarck y Mirbel utilizan el término *milieux* para referirse a aquellas sustancias que rodean a las plantas, y reconoce dos, la tierra y el aire,

On peut considérer un végétal comme un corps vivant, plongé dans deux milieux fort différents l'un de l'autre; savoir, dans la terre, qui reçoit ses racines avec toutes les ramifications qui en dépendent; et Dans l'air, qui environne la tige, les rameaux et les feuilles de ce végétal; en sorte qu'on peut regarder ce même végétal comme planté dans la terre et à-la-fois dans l'air (Lamarck y Mirbel, 1803, 231).

Posteriormente Lamarck utilizará el término *circonstances* para definir todo aquello que rodea a un individuo y puede hacer cambiar sus hábitos de vida. También utilizará *milieux environnans*, para referirse al fluido exterior, como parte de las circunstancias y de forma sinónima *milieux ambiants* (Lamarck, 1809, V, XVI, 367).

De forma coherente con la utilización de estos conceptos, cuando Bernard describe el concepto que se convertirá en fundamental para la comprensión de la fisiología de los seres vivos, el *medio interior*, dice,

Dans les végétaux, les phénomènes de la vie sont également liés pour leurs manifestations aux conditions de chaleur, d'humidité et de lumière du milieu ambiant." [...] "Dans l'expérimentation sur les corps bruts, il n'y a à tenir compte que d'un seul milieu, c'est le milieu cosmique extérieur: tandis que chez les êtres vivants élevés, il y a au moins deux milieux à considérer: le milieu extérieur ou extra-organique, et le milieu intérieur ou intra-organique (Bernard, 1865, 106-109).

Bernard dice *medio exterior* o *medio ambiente* de los seres vivos al referirse a todo aquello *cósmico* que puede afectar a su vida. Por lo tanto, cuando nos estamos refiriendo a un ser social, también deberá interpretarse como aquello que puede afectar a la vida, en este caso de las personas, en principio referente a su fisiología: *"C'est par l'activité normale des éléments organiques que la vie se manifeste à l'état de santé; c'est par la manifestation anormale des mêmes éléments que se caractérisent les maladies, [...]"* (Bernad, 1865, 111).

El ambiente humano se configura en gran medida por decisiones políticas, económicas, educativas... que condicionan su modificación y también repercuten en los comportamientos de las personas. Existe por tanto una doble influencia en el bienestar de las personas y esta dicotomía está relacionada con las variables sociales y con las de comportamiento individual, ambas influenciadas por la formación:

- Por una parte y de forma directa, la salud de una comunidad se ve condicionada por la calidad o existencia en su entorno de aire, agua, alimento... y la existencia de determinados servicios considerados necesarios para poder alcanzar el bienestar.

- Pero independientemente de que las condiciones ambientales anteriores se cumplan o no, las personas también pueden decidir por si mismas cómo hacen uso de esas condiciones. Estos comportamientos se ven afectados por la calidad de las variables no fisiológicas del planteamiento anterior como son el sistema de justicia, los medios de comunicación, el sistema educativo y sanitario, los servicios sociales,..., es decir por todas aquellas variables que también afectan al bienestar. Y no simplemente referidos a la existencia de sus instalaciones y recursos, sino también al enfoque y planteamiento de los mismos.

En ocasiones ese comportamiento puede estar de forma directa o indirecta *condicionado por normativas o iniciativas* que faciliten a las personas el tomar la decisión de qué es lo que consideran más saludable.

Las situaciones reales, habitualmente están influidas por los dos planteamientos anteriores coadyuvándose, pero igualmente pueden ser diferenciados.

3.3. El entorno como condicionante directo de la ausencia de salud

En ocasiones sucede que el entorno no ofrece los requisitos mínimos para que las personas tengan el comportamiento que desearían tener. Se indican algunos ejemplos.

Villel, pueblo de Teruel (España), y su centro de Atención Primaria, que atiende a un total de diez pequeños pueblos, daba una alta tasa de tumores en sus habitantes doblando los datos provinciales. Los análisis de las aguas del río Turia, eje del asentamiento de las poblaciones, ofrecieron unos datos máximos muy preocupantes de plomo, mercurio y cromo (Pueyo, 1999). Asimismo los habitantes del pueblo solían tomar el agua de pequeñas fuentes consideradas tradicionalmente como *termales-medicinales*, cuando en realidad con las normativas actuales su catalogación sería considerada como agua no utilizable, ni siquiera para el riego de cultivos de consumo humano.

El ataque contra el World Trade Center de Nueva York, que creó un desastre ambiental agudo de enorme magnitud, también provocó unos efectos muy perjudiciales para la salud. Landrigan et al. (2004) ponen de manifiesto estos problemas en diversos colectivos expuestos al polvo.

Truckner (2009) realiza un estudio en EEUU en el que pone de manifiesto la existencia de una *degradación ambiental inducida por el hombre* (HIED), que a pesar de conocerse como responsable de muchas dolencias (asma, enfermedad pulmonar reactiva y enfermedad pulmonar obstructiva crónica), la mayoría de los sanitarios profesionales reconoce no informar a los pacientes sobre esta causa-efecto, información que el autor considera fundamental.

La *evaluación del impacto en la salud* (EIS) es una metodología que se usa para predecir los efectos de una política propuesta o plan de salud. Sheffield, Rowe, Agu, Rodríguez y Avilés (2014) realizaron un EIS en San Juan, Puerto Rico, concretamente en la comunidad que rodea el canal Martín Peña. Gracias a esta EIS se descubrió que esta comunidad estaba experimentando un deterioro de sus condiciones ambientales, y por consiguiente, de su salud, para lo que proponen una serie de medidas correctoras.

Wang, Zhao y Bhattacharya (2015) muestran cómo la contaminación, provocada por el modelo de desarrollo chino, beneficioso para el sistema financiero, lleva a las familias a ahorrar lo máximo posible o contratar seguros médicos privados, para asegurarse disponer de dinero para poder cubrir los gastos médicos, ante el peligro de padecer posibles enfermedades favorecidas por el ambiente perjudicial en el que viven.

La Comisión *Lancet* (Watts et al., 2015), que trabaja sobre Salud y Cambio Climático, en su informe del año 2015 considera que esta relación es el mayor reto al que la humanidad se enfrenta en el actual siglo. Incide en las consecuencias que, sobre la salud, puede tener el calentamiento global, tales como la desnutrición, impacto en la salud mental, aumento de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, afecciones por microorganismos patógenos y enfermedades transmitidas por vectores que aumentarían su presencia. Los factores sociales implicados serían la pérdida de vivienda, aumento de la pobreza, de la migración masiva de personas, conflictos violentos y otros factores determinantes de la salud.

■ 4. La formación como estrategia de promoción de entornos saludables

Cuando las personas, debido a que no han tenido acceso a una educación, no son capaces de apreciar el entorno como un factor determinante para su salud y desarrollan su vida en un entorno insano, sin acceso a agua potable, con un aire contaminado, están sufriendo las consecuencias de un medio no saludable, por doble partida. Cuando las normativas legales no impiden determinados comportamientos de las personas o entidades públicas o privadas, o resultan más fáciles los pagos de sanciones que poner remedio a las fuentes de contaminación, los individuos de esas colectividades también están sufriendo las consecuencias en su formación, de un medio no saludable.

En este apartado se reflexiona acerca de cómo la formación condiciona el uso de los medios que ofrece el entorno y analiza la Escuela y el Centro de Atención Primaria como centros formadores en educación ambiental que pueda fomentar entornos saludables en los ciudadanos.

4.1. La formación condiciona el uso de los medios que ofrece el entorno

En el Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea (Merino, Arroyo y Silva, 2000, 22) se plantean la diferencia de lenguaje entre los políticos y los expertos de ámbitos de Promoción de la Salud. La influencia de las decisiones políticas, como pueden ser potenciar proyectos de educación o promover leyes que desincentiven lo que la comunidad científica considere que es malo para la salud; entiéndase por ejemplo alimentación saludable o consumo de alcohol respectivamente. Crear entornos saludables, sin lugar a dudas, es más barato que curar los problemas generados por lo contrario; pero es menor su renta política.

Brulle y Pellow (2006) critican la falta de investigaciones sobre las desigualdades ambientales en la sociedad que impactan sobre la salud de las comunidades y recomiendan vincular las investigaciones en justicia ambiental, los estudios sociológicos sobre los movimientos sociales y la sociología ambiental, para avanzar en la comprensión de los orígenes de estas desigualdades.

Lawanson y Fadare (2015), estudiando diversas variables en tres barrios de la ciudad de Lagos (Nigeria), encuentran que la calidad del entorno (urbano, natural, social y económico) influye en la salud de los barrios y sus residentes, tal como ha ocurrido en otros estudios previos, según la literatura que los propios autores citan en relación a este tema.

4.2. La Educación Ambiental en la Escuela y en el centro de Atención Primaria

Según Spork (1993), es casi imposible separar la educación ambiental y la salud, porque ambos términos tratan la interrelación de los temas de la justicia social y la sostenibilidad ecológica. Para esta autora, la salud de las personas (el entorno personal), la salud de las comunidades (el entorno social) y la salud del medio natural están inextricablemente ligadas. En este sentido, Mogensen (1997) insta a que desarrollemos habilidades de pensamiento crítico en los estudiantes, para que sepan relacionar, por ejemplo, la disminución del agua potable con la aparición de problemas de salud en un área determinada, y por otro lado, también motivarles para que participen activamente en la búsqueda de soluciones a este tipo de problemas.

El concepto de desarrollo sostenible y distribución equitativa tiene ya un espacio en el discurso, aunque la lectura de muchos responsables políticos es mecánica y poco comprometida; además, existen fuertes inercias en los espacios educativos (ecologista, disciplinaria, metodológica, consignataria, limitada, etc.), que funcionan como lastres que sería necesario identificar y modificar para conseguir una nueva propuesta educativa (Carlos, 1996).

Los profesionales sanitarios son actores clave en la salud ambiental, por esa razón la formación en salud ambiental de los profesionales de la salud se ha convertido en una de las principales preocupaciones a nivel internacional (Jonckheer y De Brouwer, 2009). Según estos autores, los requisitos y los tipos de formación necesarios son diversos, porque, por un lado, están el médico de familia o el pediatra, que deben ser capaces de reconocer un trastorno debido a causas ambientales en un paciente, y por otro, el experto en salud pública, que tiene que ser capaz de minimizar los riesgos de la exposición ambiental que enfrenta a toda una población.

López, Gutiérrez y Poza (2014) sugieren que la salud ambiental se puede integrar en el sistema educativo a través de la Educación Ambiental (a partir de ahora EA). En este sentido, consultaron la opinión de maestros/as de Educación Infantil sobre su predisposición a impartir en clase contenidos relacionados con la EA. Observaron que la EA era valorada por estos docentes como una necesidad contemporánea que debe ser abordada por el currículo desde las primeras etapas de la educación. Por otro lado, descubrieron que la formación y expectativas de desarrollo profesional de estos maestros/as es alta, y se establece un conocimiento general de las diferentes modalidades de integración curricular que abordan la EA desde una perspectiva global que afecta al plan de estudios, a la gestión de la escuela, como una organización educativa consciente de la sostenibilidad, y a la implicación de los miembros de la comunidad en acciones pro-ambientales.

González (1996) nos recuerda que la EA no parte en ningún modo de cero en el sistema educativo, ni su introducción inicial se debe principalmente a una acción política y administrativa ajena a la escuela; porque en ella existían, desde antiguo, un número importante de profesoras y profesores, familias y alumnado, que, con o sin teoría explícita y con métodos diversos, llevaban mucho tiempo poniéndola en práctica, y a los que, por lo tanto, las reformas curriculares en este ámbito no les aporta una novedad absoluta. Según esa autora

“[...] la formación que el profesorado deba recibir, sus contenidos, su enfoque, dependerán substancialmente del tipo de currículo en que vaya a actuar [...] tendrá matices diferentes, si va a trabajar como un francotirador, ya que el currículo no le ofrece un marco ambiental, de si lo va a hacer en un currículo multidisciplinar o inter o trasdisciplinar o si debe centrarse en un método de proyectos (González, 1996, 71-72).

Sobre la eficacia funcional de la formación universitaria en EA trata una investigación llevada a cabo en la Universidad de Zaragoza en la que se ponen de manifiesto evidencias de que la mayoría de los estudiantes encuestados considera que no han re-

cibido adecuada formación académica para bordar en sus actuales puestos de trabajo proyectos de EA. Esta situación podría estar causada por la inadecuada formación pro-ambiental en los correspondientes planes de estudio de las ocho titulaciones exploradas (Fernández-Manzanal et al., 2015).

■ 5. Conclusiones

Los Estados de las naciones o entidades políticas menores, no pueden inhibirse en ningún caso de su responsabilidad en la creación de entornos saludables en su amplia significación.

Cuando nos referimos a personas que viven en sociedad los aspectos biológicos no pueden considerarse de manera aislada del medio. El funcionamiento del medio interno dependerá en gran medida del medio externo, dado que aportan una gran cantidad de variables de gran importancia. Por ello, cuando se habla de entornos saludables, es preciso valorar todos los aspectos que conforman el ambiente. La resiliencia es un concepto psicológico, pero no biológico y cuando se habla de entornos saludables, se hace de variables sociales pero también fisiológicas. Es por ello que es necesario incidir en el concepto de *adaptación*, tanto desde el marco de la biología de las especies, también la humana, como desde la psicología, como una capacidad de adaptación de las personas.

El trabajo de crear entornos saludables ha de ser a nivel local, teniendo presente que estos proyectos o actividades pueden repercutir en las decisiones políticas que afecten a comportamientos globales. Este planteamiento serviría de poco si los Estados no son conscientes de que es su obligación actuar a nivel global con medidas políticas que favorezcan la existencia de los entornos adecuados. El bienestar también depende del ambiente, y por lo tanto, este es asimismo responsabilidad de los Estados.

Tanto el Centro de Atención Primaria como la Escuela se consideran entornos prioritarios en los que los individuos han de desenvolverse en entornos ejemplificantes de promoción de la salud.

■ 6. Agradecimientos

Los tres primeros autores pertenecen al Instituto Universitario de Investigación de Ciencias Ambientales de Aragón, de la Universidad de Zaragoza. Asimismo al Grupo Beagle de Investigación de Didáctica de las Ciencias Naturales, financiado por el Gobierno de Aragón y el Fondo Social Europeo. Este trabajo forma parte del Proyecto “CienciaTE₂” (2015/B008), financiado por la Fundación Universitaria Antonio Gargallo y la Obra Social IBERCAJA.

7. Referencias bibliográficas

- Barlow, J.P. (1996). *Declaración de Independencia del Ciberespacio*. En: http://www.uhu.es/ramon.correa/nn_tt_edusocial/documentos/docs/declaracion_independencia.pdf (último acceso, julio 2015).
- Beldarraín, E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28 (1), 62-70.
- Bernard, C. (1865). *Introduction a l'Étude de la Médecine Expérimentale*. Paris: Baillièrie et Fils.
- Brulle, R.J. y Pellow, D.N. (2006). Environmental Justice: Human Health and Environmental Inequalities. *Annual Review of Public Health*, 27, 103–124.
- Carlos, F. (1996). Educación, medio ambiente y desarrollo sostenible. *Revista Iberoamericana de Educación*, 11, 103-110.
- Fernández-Manzanal, R., Serra, L., Morales, M^a. J., Carrasquer, J., Rodríguez-Barreiro, L.M., Del Valle, J. y Murillo, M.B. (2015). Environmental behaviours in initial professional development and their relationship with university education. *Journal of Cleaner Production*. 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclepro.2015.07.153>
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161-175. En: <https://ojs.uv.es/index.php/dces/article/viewFile/1935/1449>
- González, M.C. (1996). Principales tendencias y modelos de la Educación Ambiental en el sistema escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 11, 13-74.
- Jonckheer, P. y De Brouwer, C. (2009). Education in environmental health of health care professionals: What needs to be done? *Environment International*, 35, 694–699.
- Lamarck, J.B. (1809). *Philosophie Zoologique*, (vol. I). Paris: Dentu y L'Auteur.
- Lamarck, J. B. y Mirbel, B. (1803). *Histoire naturelle des végétaux*. Paris: Deterville.
- Landrigan, P.J., Lioy, P.J., Thurston, G., Berkowitz, G., Chen, L.C., Chillrud, S.N., Gavett, S.H., Georgopoulos, P.G., Geyh, A.S., Levin, S., Perera, F., Rappaport, S.M., Small, C. and the NIEHS World Trade Center Working Group. (2004). Health and Environmental Consequences of the World Trade Center Disaster. *Environ Health Perspect*, 112, 731-739.
- Lawanson, T. y Fadare, S. (2015). Environment and health disparities in urban communities: Focus on Eti Osa, Nigeria. *City, Culture and Society*, 6, 43–52.

- López, A., Gutiérrez, J. y Poza, F. (2014). Preschool Education Professionals as Mediators of Environmental Health Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 639-646.
- Merino, B, Arroyo, H. y Silva, J. (2000). *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. Parte Uno, Documento Base*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mogensen, F. (1997). Critical thinking: a central element in developing action competence in health and environmental education. *Health Education Research*, 12 (4), 429-436.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1986). *Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*. En <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> (último acceso, julio 2015).
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud*. Sundsvall: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pueyo, A. (1999). Zona de Salud de Villel: por nuestros pueblos y por la vida. *Boletín Oncológico del Área Sanitaria de Teruel. Hospital Obispo Polanco*, 12 (III), 19-22.
- Sheffield, P., Rowe, M., Agu, D., Rodríguez, L. y Avilés, K. (2014). Health Impact Assessments for Environmental Restoration: The Case of Caño Martín Peña. *Annals of Global Health*, 80, 296-302.
- Sigerist, H.E. (1943). *La medicina y el bienestar humano*. Buenos Aires: Ediciones Imán.
- Spork, H. (1993). *Health, environment and community development*. En Fien, J. (ed.). *Teaching for a Sustainable World*. Brisbane: Australian Association for Environmental Education.
- Toca, G. (2015). Silicon Valley: anatomía de un fracaso. *Yorokobu*, 62, 52-55.
- Truckner, R.T. (2009). Health Care Provider Beliefs Concerning the Adverse Health Effects of Environmental and Ecosystem Degradation. *Wilderness and Environmental Medicine*, 20, 199-211.
- Wang, M., Zhao, J. y Bhattacharya, J. (2015). Optimal health and environmental policies in a pollution-growth nexus. *Journal of Environmental Economics and Management*, 71, 160-179.

Watts, N., Adger, W.N., Agnolesci, P., Blackstock, J., Byass, P., Cai, W., ... y Costello, A. (2015). Health and climate change: policy responses to protect public health. *The Lancet*, published online June 23. En: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60854-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60854-6) (último acceso, julio 2015).

El reto de la Competencia Medioambiental en la Educación para la Salud

José Ramón Díez

Escuela Universitaria de Magisterio de Bilbao. Departamento de Didáctica de la Matemática y de las Ciencias Experimentales. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. B° Sarriena s/n, 48940 Leioa.

Email: joseramon.diez@ehu.eus

RESUMEN: La competencia medioambiental es una competencia compleja ya que debe proporcionar a las personas una conciencia general de la relación entre el medioambiente y la vida humana y del propio Planeta; el conocimiento y la comprensión de los sistemas y procesos humanos y naturales; las actitudes de aprecio y preocupación por el medioambiente; la resolución de problemas y habilidades de pensamiento crítico; la capacidad para la acción personal y colectiva, y la participación ciudadana. Podríamos asegurar que la tarea de la competencia en medioambiente resulta ser poliédrica y, al mismo tiempo, apasionante por las implicaciones cruzadas que posee frente al resto de habilidades, conocimientos y actitudes de las personas en general y de la Escuela en particular. El reto está servido.

PALABRAS CLAVE: Competencias, Medioambiente, Educación Ambiental, Desarrollo Sostenible.

The challenge of Environmental Competency in Health Education

ABSTRACT: The environmental competency is a complex competency since it must provide a general conscience of the relationship between the environment and human life and life in our Planet: the knowledge and the comprehension of the systems and human and natural processes; the attitudes of esteem and concern for the environment; the resolution of problems and critical thinking skills; the capacity for personal and collective action, and the civil participation. We might assure that the task of the competency in environment turns out to be polyhedral and, at the same time, exciting for the crossed implications that it possesses, opposite to the rest of skills, knowledge and attitudes of the persons in general and of the School in particular. The challenge is served.

KEY WORDS: Competencies, Environment, Environmental Education, Sustainable Development.

■ 1. Introducción

El medioambiente, o ambiente si se prefiere, es el entorno personal inmediato de cada persona, desde la familia y la Escuela hasta nuestra interacción con el medio físico. La RAE (2005) lo define textualmente como el “Conjunto de circunstancias o condiciones exteriores a un ser vivo que influyen en su desarrollo y en sus actividades”. Además, recomienda la grafía *medioambiente*, frente a la del *medio ambiente*, tratando de evitar de paso suspicacias como aquéllas que se preguntan dónde estará la otra “mitad”.

Tal y como se ha hablado en capítulos anteriores, decimos que una persona es competente cuando sabe cómo se hace algo, sabe hacerlo y le gusta hacerlo o, al menos, lo hace con ética. Esto implica que, a diferencia de otros enfoques ya superados, la Educación en la actualidad debe buscar el conocimiento de contenidos, pero al mismo tiempo debe lograr saber para qué son, para qué sirven, en qué se usan y cómo.

En definitiva, una persona competente se forma para dominar el desempeño de una tarea y su ejecución es dependiente de sus valores personales. Y claro está, en el caso del medioambiente esta última variable es, como veremos, menos objetiva y acaso más compleja dado que junto a esos valores personales implica a la competencia científica y la propia percepción de cada persona. Es más, promover actitudes positivas hacia el medioambiente, destrezas en las acciones cotidianas de la ciudadanía y un cierto sentido del empoderamiento de cada persona es fundamental en esta competencia.

Nos estamos refiriendo pues a una competencia compleja que debe proporcionar a las personas una conciencia general de la relación entre el medioambiente y la vida humana y del propio Planeta; el conocimiento y la comprensión de los sistemas y procesos humanos y naturales; las actitudes de aprecio y preocupación por el medioambiente; la resolución de problemas y habilidades de pensamiento crítico; la capacidad para la acción personal y colectiva, y la participación ciudadana.

Por otra parte, la inclusión del medioambiente entre los ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela es una acción obligada puesto que la salud de las personas está íntimamente ligada a la salud del medio que habitan. La comprensión de la relación del estado del medioambiente y cuestiones tales como la contaminación del agua y del aire, el Cambio Climático o la presencia de productos químicos en los alimentos y en el hogar por un lado, y su relación directa con la salud y la enfermedad por otro, es esencial para la acción social responsable (Keselman, Hundal y Smith, 2012).

En este capítulo abordaremos la competencia en medioambiente y la definiremos como la capacidad de demostrar conocimiento y comprensión del medio natural y de las circunstancias y condiciones que lo afectan, especialmente en lo que se refiere al agua, al aire, al clima, a los ecosistemas y a la salud del propio medioambiente y de las personas. Así mismo, el demostrar conocimiento y comprensión del impacto de la sociedad sobre el Planeta (por ejemplo, el impacto demográfico, el desarrollo de la población, la tasa de consumo de recursos, etc.). Por último, corresponde a esta competencia también la capacidad de investigar y analizar las cuestiones ambientales y sacar conclusiones efectivas para actuar, de manera individual o colectiva hacia la solución de los problemas ambientales.

Se hace necesario definir al menos los siguientes conceptos y sus interrelaciones: medioambiente y su estado, la principal herramienta para la alfabetización de las personas en esta competencia, la Educación Ambiental, la sostenibilidad y la Educación para el Desarrollo Sostenible. Finalizamos mostrando la problemática del Cambio Climático como un excepcional reto de la competencia en medioambiente.

■ 2. Definiendo el medioambiente y su estado

Al analizar el origen etimológico de la palabra medioambiente, del latín *medium* y *ambiens*, rodear, estar a ambos lados, nos indica que estamos ante un pleonasma, es decir, que se trata de una expresión en la que parecen dos términos redundantes. No obstante, la dimensión del Medioambiente va más allá del mero ámbito que nos rodea y se refiere al conjunto de componentes físicos, químicos, sociales, económicos y culturales capaces de provocar efectos directos e indirectos sobre los seres vivos a corto o largo plazo (Johnson et al., 1997), incluso sobre generaciones venideras.

Desde el prisma humano se refiere al entorno que condiciona la vida de las personas o de la sociedad en su conjunto. Otras acepciones van más allá y hablan del conjunto de valores naturales, sociales y culturales que influyen en la vida del ser humano y en la de las generaciones del futuro, desde las características del medio natural de un lugar concreto a las actividades que se desarrollan en un territorio dado, hasta elementos intangibles como la cultura. Esto por tanto incluye las costumbres, el folklore y otras manifestaciones culturales de un lugar concreto.

Una definición resumida, pero funcional, de medioambiente pudiera ser la suma total de todos los entornos y condiciones de un organismo vivo, incluidas las fuerzas naturales y otros seres vivos que juntos proporcionan las condiciones para el desarrollo y el crecimiento, así como el peligro o el daño.

Pero el medioambiente no puede ser interpretado como un concepto estático, sino como un ámbito cambiante a muy diferentes escalas, desde la percepción progresiva del medioambiente de los niños y niñas en la Escuela y a lo largo de la vida de cada persona, pasando por los cambios ocurridos en el medioambiente en la escala de varias generaciones, o el propio medioambiente que ha ido evolucionando desde el momento mismo de la formación del Planeta Tierra. Veamos estas escalas con mayor detalle.

A la escala de la vida de las personas, junto al conocimiento, la percepción del medioambiente cambia y este hecho es especialmente significativo en la vida infantil. Se ha estudiado con profusión la evolución del pensamiento de las personas durante su niñez, que se desarrolla secuencialmente y en paralelo a su crecimiento, por lo que el ser humano está siempre en constante desarrollo cognoscitivo. En este sentido podemos asegurar que el entorno físico no es un mero soporte, sino que es mediador en la socialización, en la educación y en el aprendizaje. Así, ese entorno posee connotaciones afectivas que influyen en las emociones del sujeto a través de la percepción. Se trata de un ámbito donde se producen aprendizajes individuales debido a que la percepción es subjetiva (Huertas, 1988), y estos aprendizajes resultan fundamentales para la adaptación del individuo al medioambiente y para la planificación de la conducta.

A la escala de las civilizaciones humanas, a medida que la población comenzó a crecer y a desarrollar la tecnología, el impacto sobre el medioambiente cobró una mayor dimensión y comenzó a tener efectos más nocivos. Hoy en día se considera a la Revolución Industrial como un punto de inflexión, debido a que el consumo de combustibles fósiles y de minerales ha supuesto un salto cualitativo y cuantitativo. En este sentido, es tal la modificación registrada a nivel planetario que la Comisión Internacional de Estratigrafía ha propuesto denominar *Antropoceno* a la era actual debido al drástico impacto provocado sobre la Biosfera: la era de los seres humanos, época en la que la Humanidad ha sido capaz de modificar y alterar los ecosistemas por encima de las dinámicas de la propia naturaleza (Rockström et al., 2009).

Sin embargo, en contraposición a la delimitación consensuada entre eras geológicas (por ejemplo, el impacto de meteoritos, las erupciones volcánicas sostenidas o el desplazamiento de los continentes), en la actualidad no existe unanimidad a la hora de establecer el final del Holoceno y el comienzo del Antropoceno. Varias son las propuestas más defendidas: algunos investigadores consideran que comenzó hace unos 8.000 años con la primera deforestación masiva para lograr suelo cultivable; otros, hacia el año 1.600, con una caída inusual de la concentración de CO₂ atmosférico y un movimiento irreversible de especies entre el Nuevo y el Viejo Mundo; otros la si-

túan a finales del siglo XVIII con la irrupción de la máquina de vapor y la Revolución Industrial; finalmente otros científicos ubican el comienzo de esta nueva era geológica en la década de los años 50 del pasado siglo con el comienzo de la era nuclear.

Sea como fuere, no cabe duda que el desarrollo de la actividad humana está dejando una serie de señas de identidad imborrables sobre la Tierra, tales como la erosión y transporte de sedimentos provocados por la agricultura, la urbanización, los cambios en la composición química de la atmósfera, los océanos y los suelos, con modificaciones en los ciclos de elementos clave en el funcionamiento de los ecosistemas (por ej. Carbono, Nitrógeno, Fósforo...) y con cambios en la Biosfera que incluyen la pérdida de diversidad y de hábitat, la proliferación de especies invasoras, etc.

Así, el efecto combinado de la población, de los sistemas de producción y de los modos de consumo han sobrepasado la capacidad de carga y de regeneración del Planeta, de modo que el cambio ambiental provocado posee dimensiones globales (Vitousek, 1994; IPCC, 2007) y se ha denominado Cambio Global. Éste aglutina las modificaciones producidas por la actividad humana en el funcionamiento del sistema Tierra (Cambio Climático, con niveles de CO₂ atmosférico sin precedentes desde hace al menos 800.000 años (IPCC, 2014) alteración de los ciclos biogeoquímicos, etc.) junto a otras que de uno u otro modo producen repercusiones para el bienestar humano. Nos referimos a los bienes y servicios básicos proporcionados por el sistema de soporte de vida en el Planeta, tales como alimentos, agua y aire limpio, y un entorno propicio para la salud humana cada vez más afectados (The Amsterdam Declaration, 2002). El deterioro del medioambiente y su potencial afección a la salud de las personas ha llevado a los principales organismos internacionales a ubicar entre sus primeras prioridades su protección y el cuidado. Por ejemplo, las Naciones Unidas, entre los objetivos del Milenio fijados para el año 2015 establece “incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medioambiente”.

Un buen ejemplo del impacto derivado de la actividad humana en el Planeta es la aparición reciente de un nuevo mineral “antropogénico”, el *plastiglomerado*. Se trata de aglomerados de plástico en combinación con arena, conchas, piedras y otros materiales naturales. Su formación, relativamente lenta, es generalizada y ocurre a través de reacciones químicas o bajo la acción de la luz solar y su presencia servirá, sin duda, como un marcador geológico que delatará a partir de qué momento comenzamos a usar y desechar plástico a gran escala. De hecho, la disponibilidad de “materia prima” para la formación de este mineral es abundante: se calcula que desde 1950, cuando se generalizó la producción y el uso del plástico, se han producido más de 6 millones

de toneladas. Además, si tenemos en cuenta que no es una sustancia biodegradable y que gran parte es arrojada en cualquier lugar, la producción de plastiglomerados está asegurada.

Otro testimonio del mal estado de salud actual del Planeta es el de la degradación de los ecosistemas acuáticos y, en especial, la contaminación del agua. En este sentido, durante décadas la comunidad científica ha estudiado los contaminantes químicos cuya presencia en el medioambiente está regulada por la legislación. Sin embargo, durante los últimos años el desarrollo de métodos más sensibles de análisis ha alertado la presencia de otros contaminantes potencialmente peligrosos y de uso diario, cuya presencia en el medioambiente no es necesariamente nueva: los contaminantes emergentes. Entre los presentes en el agua destacan los fármacos, pesticidas, hormonas, drogas de abuso, productos de cuidado e higiene personal, así como nanomateriales. La principal fuente de entrada de estos compuestos son las aguas residuales, dado que en la mayoría de los casos las estaciones depuradoras de agua residual no logran su eliminación mediante los tratamientos convencionales. Aún falta mucho por determinar cuáles son los efectos sobre el medioambiente, si bien se ha comprobado que muchos de estos productos son bioacumulables y que tienen efectos nocivos sobre determinados organismos, como por ejemplo las alteraciones hormonales de los peces de río debido a la acumulación de metabolitos derivados de las hormonas que contienen las pastillas “antibaby”. La solución asociada a esta problemática ha de venir de la regulación o restricción de su producción, de su uso y, por supuesto, de la educación (a modo de ejemplo, se calcula que el 25-30% de la población española tira por la taza del baño los productos farmacéuticos caducados) (Barceló y López de Alda, 2014).

En lo que se refiere al estado del medioambiente a la escala de la edad de la Tierra, de unos 4.600 millones de años, se ha documentado que ha mostrado una dinámica cambiante, con transformaciones y procesos de muy diferente duración. De su historia existen grandes lapsus de conocimiento, mientras que las edades más recientes se conocen con mayor detalle. Algunos de estos procesos han durado millones de años y otros espacios de tiempo sumamente breves a la escala geológica (500.000 años ó 1 millón de años).

En términos de biodiversidad el número de especies que han poblado el planeta ha sufrido altibajos. Se reconocen al menos 5 extinciones masivas ocurridas en los últimos 480 millones de años, si bien la crisis de biodiversidad a la que asistimos en la actualidad es la más rápida conocida en la historia de la Tierra y las causas arrojan pocas dudas: se debe a la acción de los humanos sobre los ecosistemas (Eldredge, 2005). La pregunta obvia es si podremos nosotros y nosotras detener esta devastación.

■ 3. Educación Ambiental, Desarrollo Sostenible y Educación para la Sostenibilidad

Desde el punto de vista del desarrollo de la competencia en medioambiente la Educación Ambiental (EA en adelante) es la principal herramienta, si bien al creciente y evidente deterioro del entorno alcanzado por la acción de las sociedades se le ha de sumar la constatación de profundas divisiones entre la prosperidad y bienestar de las desarrolladas (construido en detrimento de los ecosistemas o de la degradación de la atmósfera) y la pobreza, a menudo miseria, de las otras menos desarrolladas.

Según diferentes autores la EA hunde sus raíces al menos en la escalada nuclear de los años 50 y en el libro *Silent Spring* de Rachel Carson (1962), síntoma de haberse alcanzado un grado de sensibilidad sobre como la humanidad interactúa con el medioambiente y de sus consecuencias negativas, tales como la radiación o el efecto de los pesticidas sobre la biodiversidad en las prácticas agrícolas modernas. Durante la década de los 60 y 70 el movimiento ambiental contribuyó a incrementar la percepción del impacto humano sobre el medio ambiente natural y construido, y a la propia evolución de la EA.

En ese contexto, Robert Theobald, un economista inglés -conocido por sus trabajos sobre la economía de la abundancia y a favor de una renta básica garantizada- fue incluido en la Enciclopedia del Futuro como uno de los 10 futurólogos más influyentes del pasado siglo. Entre su obra destaca el libro titulado *An alternative future for America II* (1970) en el que hace una referencia expresa a la entonces aún incipiente EA. En concreto menciona los cada vez más complejos y graves problemas ambientales que acechaban al mundo, y decía que nuestros roles son limitados a la hora de resolverlos si nos limitamos a pensar que somos solamente educadores o educadoras, o solamente estudiantes, o solamente trabajadores... y que, algunos de nosotros y de nosotras, mejor haríamos en definirnos como solucionadores y solucionadoras de problemas del mundo, si es que los problemas del mundo van a ser resueltos.

Durante los últimos 40 años la EA ha sido formulada y reformulada. En 1972 la *Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente de Estocolmo* recomendó el establecimiento de programas de EA a nivel mundial y destacó entonces la necesidad de cambiar de modelo de desarrollo, asociado principalmente al “ecodesarrollo”. Ya entonces hablaba de la EA escolarizada y no escolarizada, que debería enfocar su atención en la juventud, los adultos y los medios de comunicación, actores centrales de la problemática ambiental. Tras la *Carta de Belgrado* (1975), es en el año 1977 cuando en la *Conferencia Internacional de Educación Ambiental de Tbilisi* son ratificados los objetivos de la EA: conciencia, conocimiento, actitudes,

aptitudes, capacidad de evaluación y participación. Además se ratifica el carácter transversal de la EA, la importancia de su base ética, su dualidad escolarizada y no escolarizada y a lo largo de toda la vida. En último término se trataría de conseguir que las personas desarrollen conductas adecuadas respecto a su entorno de acuerdo a valores asumidos libre y responsablemente.

A la vista de los escasos resultados obtenidos tras la Conferencia de Tbilisi, diez años más tarde se celebró en Moscú un Congreso Internacional (1987) que trató de integrar las acciones de los estados en un plan vertebrador que concibe la EA como “un proceso permanente en el que los individuos y la colectividad cobran conciencia de su medio y adquieren los conocimientos, los valores, las competencias, la experiencia y la voluntad capaces de hacerlos actuar individual y colectivamente para resolver los problemas actuales y futuros del medio ambiente”.

De forma paralela es precisamente en el año 1987, en el informe “Nuestro futuro común” (Informe Brundtland) de la “Comisión Mundial de Medio Ambiente y del Desarrollo”, el cual subrayaba la pobreza de los países del Sur y el consumismo extremo de los países del Norte como las causas fundamentales de la insostenibilidad del desarrollo y la crisis ambiental, cuando surge el término del *Desarrollo Sostenible* ante los incesantes cambios en el medioambiente. En él se apela a un cambio integral que abarque 3 pilares fundamentales: el económico, el social y, por supuesto, el ambiental y que se enuncia como: “aquel desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer las suyas propias”. A partir de esta formulación y de la Cumbre de Río (1992) se orientará la estrategia educativa de la Educación para el Desarrollo Sostenible (EDS) y las Agendas 21.

Por una parte, la *sostenibilidad* es incluida por la Asamblea de las Naciones Unidas como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Y por otra, establece la Década para el Desarrollo Sostenible 2005/2014, que tiene como objetivo integrar la perspectiva del Desarrollo Sostenible en todos los niveles del sistema educativo, convertir a la Educación en un agente para el cambio y extender la cultura de la sostenibilidad a todas las esferas de la sociedad. En ese contexto, la UNESCO (2006) reconoce que no existe un modelo universal de EDS y señala hasta quince campos en los cuales debería ser incorporada la EDS de un modo transversal (desde la Educación para la Salud, la Educación para la Interculturalidad, los recursos naturales, el Cambio Climático, la Equidad de Género hasta la Educación para la Paz).

No faltan a partir de entonces discrepancias y convergencias entre ambos enfoques de la Educación (EA y EDS), aunque sin duda ha prevalecido la sintonía que habla de

una única solución ante el Cambio Global que padecemos: Educación para niñas y niños, jóvenes y adultos, pero también para aquellas personas encargadas de tomar las decisiones programáticas de pueblos y países que consideren la comprensión del valor de la naturaleza, la equidad social y el progreso humano. Pero ojo, el progreso sostenible de toda la Humanidad y no de unos pocos y pocas.

De hecho, la EA, recogiendo la trayectoria de las últimas décadas, es la que pone en evidencia el estrecho vínculo entre Ambiente, Desarrollo y por supuesto las personas. De ese modo enfatiza las implicaciones de la EA con los planteamientos ecológicos, sociales y económicos que proponen un desarrollo atento a los límites de la Biosfera y a la equidad social, esto es, con la sostenibilidad (Novo, 2009), potenciando de ese modo la responsabilidad colectiva y el carácter transformador de la propia Educación. En consecuencia, la alfabetización medioambiental depende de un compromiso personal y de la motivación para ayudar a garantizar la calidad de la vida de las personas y del medioambiente.

Ahora bien, más allá de propósitos, objetivos y herramientas, en todo caso, para alcanzar el objetivo de la alfabetización ambiental que nos ocupa, los programas de EA o EDS han de ser eficaces. Y para ser eficaces es esencial cambiar el comportamiento individual y el estilo de vida, además de motivar a la acción colectiva para el Desarrollo Sostenible (Frisk y Larson, 2011), al tiempo que se promueve una conducta ambiental responsable, objetivo de la EA. Sin embargo, transcurridas más de 4 décadas desde la implementación de los programas de EA y tras la Década de la Educación para el Desarrollo Sostenible surgen numerosas sombras en torno a su eficacia o éxito de estas iniciativas.

Desgraciadamente, al mismo tiempo, el ritmo de degradación del medioambiente a nivel planetario se ha visto incrementado y las desigualdades entre la población han aumentado peligrosamente, incluso dentro de los propios países “desarrollados”. Así, las perspectivas de que esa meta del Desarrollo Sostenible pueda ser alcanzado son sumamente pesimistas. De hecho, problemas acuciantes como el Cambio Climático han pasado a un segundo plano debido a la última crisis económica y únicamente se antepone razones de “consumo” como “antídoto”, cerrándose de este modo un peligrosísimo círculo vicioso.

En efecto, muchos estudios han demostrado que el objetivo de cambiar el comportamiento y estilo de vida no se han cumplido, mientras que el conocimiento general y la preocupación sí que han mejorado tras la implementación de programas de EA y EDS (por ej., Lorientoni, Nicholson-Cole y Whitmarsh, 2007; Darner, 2009).

Y este fracaso se atribuye principalmente a supuestos no probados de que el conocimiento conduce a un cambio de actitud que lleva a un cambio en la conducta y en la acción hacia el Desarrollo Sostenible (McKenzie-Mohr, 2000; Volk, 2003). Y a pesar de que se ha comprobado que el conocimiento y la actitud no conducen a un cambio de comportamiento (Kollmuss y Agyeman, 2002), muchos educadores siguen creyendo que el conocimiento impulsa un cambio de actitud, que a su vez conduce a un cambio de comportamiento.

En la dirección contraria, se han discutido tres fases de la falta de acción relacionados con el clima o el medioambiente (Gifford, 2011): en primer lugar, la ignorancia nos prohíbe la acción; dos, aunque somos conscientes de los problemas ambientales, las barreras psicológicas nos impiden acciones efectivas; y tres, a pesar de que tomamos algunas acciones, estas acciones podrían ser ineficaces o contraproducentes.

También resulta de interés indagar en el “centro de control” de las personas, esto es, en su nivel de empoderamiento. Se trata de uno de los factores críticos a la hora de determinar la responsabilidad ambiental de cada una de las personas, es decir, la percepción del propio individuo sobre si él o ella tiene la capacidad de lograr un cambio a través de su propio comportamiento o acción (Kollmuss y Agyeman, 2002). Las personas que tienen un locus de control interno perciben que su acción puede hacer la diferencia. Las personas que tienen un locus de control externo creen que el poder de causar cambios en la vida personal de cada uno está fuera del ámbito individual (Uitto et al., 2004), tales como eventos aleatorios o la acción de las personas o estamentos más influyentes (Fransson y Garling, 1999).

Otros aspecto de relevancia es la sensibilidad ambiental, es decir el grado en el que tenemos una relación afectiva con el mundo natural (Kollmuss y Agyeman, 2002). Sin un cierto grado de conocimiento y de conciencia ambiental esa implicación no es posible. Las experiencias en la niñez y contemplar escenas de destrucción ambiental aumentan nuestra implicación emocional, al igual que disponer de modelos a seguir, cursos educativos y libros que pueden afectar nuestra implicación emocional en la naturaleza (Hungerford y Volk, 1990). Kollmus y Agyeman (2002) concluyen que la sensibilidad ambiental es probable que conduzca a la acción y un cambio de comportamiento hacia el Desarrollo Sostenible cuando el locus de control es interno.

Y por supuesto, resulta sumamente relevante el método de aprendizaje a la hora de determinar cuánto y cómo aprendemos. Por ejemplo, las actividades experimentales posibilitan al alumnado a retener el conocimiento, habilidades y valores de una manera más eficiente. De acuerdo a Cortesse (2003) retenemos el 80% de las cosas que hacemos y solamente entre el 10 y el 20% de aquello que oímos o leemos. El

aprendizaje basado en problemas es una de las estrategias que implican actividades experimentales, al igual que el aprendizaje basado en la comunidad, donde el alumnado tiene la opción de aprender que puede hacer un cambio y también desarrollar un sentido más fuerte de responsabilidad para su comunidad (Frisk y Larson, 2011). Otro buen ejemplo son los juegos de rol dado que facilitan a los estudiantes la comprensión de la complejidad de los problemas reales (Segals et al., 2010) y la perspectiva de los grupos de interés (Frisk y Larson, 2011).

■ 4. El Cambio Climático: un excepcional ejemplo del reto de la competencia en medioambiente

El Cambio Climático, consecuencia del calentamiento global, es en la actualidad uno de los más graves problemas ambientales del Planeta dadas las consecuencias sociales, ambientales y económicas que comporta a nivel mundial. Las causas del calentamiento del clima son las emisiones de Gases de Efecto Invernadero (GEI) de origen claramente antropogénico (IPCC, 2007) y el Cambio Climático es ya una realidad incuestionable (IPCC, 2014).

Aunque al día de hoy existe un amplio consenso en la comunidad científica en torno a estas conclusiones, existe una gran incertidumbre sobre las magnitudes de los impactos del fenómeno ya que varían en la previsibilidad y alcance a diferentes escalas, desde lo personal a lo global (IPCC, 2013; Monckton et al., 2015). En definitiva, el Cambio Climático se trata sin duda hoy por hoy de una de las cuestiones sociocientíficas más problemáticas a las que se enfrenta la Humanidad.

Los distintos informes realizados vaticinan impactos directos sobre los seres humanos, tales como el aumento del nivel del mar, la expansión del área de enfermedades infecciosas o la frecuencia e intensidad de fenómenos meteorológicos. Así mismo, se verán perjudicados la biodiversidad, la salud humana, las infraestructuras y los sistemas socioeconómicos (IPCC, 2007). Muchos de estos impactos serán evidentes para el año 2100 (IPCC, 2014a,b) y, en especial, tendrán mayor intensidad en las regiones más pobres que carecen de los recursos necesarios para mitigar y adaptarse al cambio climático (IPCC, 2013).

En este contexto, la lucha contra el Cambio Climático es un reto ineludible para la sociedad actual. Durante las últimas décadas los estudios científicos se han centrado en los aspectos climáticos y biofísicos del Cambio Climático, y en la elaboración de modelos. Se trata de un proceso sometido a permanente debate, negociación y controversia, fundamentalmente en el marco del IPCC y de los procesos negociadores que nacieron con la Convención sobre Cambio Climático (1992).

Las estrategias adoptadas se fundamentan en medidas de mitigación y en medidas de adaptación. Además, se promulgan medidas de educación y comunicación a la sociedad, dado que sin la participación de todas las personas la reducción de las emisiones de GEI se antoja una empresa imposible. En este sentido, tras el relativo fracaso de la cumbre de Kyoto (1992), la cual promulgaba la adopción de medidas desde los estados hacia el resto de la sociedad (top-down), existe un consenso generalizado de la necesidad de crear soluciones bottom-up (Rayner, 2010). La proposición básica de un enfoque de abajo hacia arriba es que las políticas de cambio climático deberían ser diseñadas e implementadas a los niveles más bajos posibles de la organización social. La solución global al reto climático es por tanto diseñar políticas que hagan que las acciones bottom-up y top-down se puedan integrar de forma efectiva (Green et al., 2014). Por tanto, es una prioridad entender los procesos policéntricos y sociales (Labbri et al., 2015) que puedan favorecer este tipo de políticas climáticas donde actores diversos incluidos la administración, la comunidad científica y sociedad civil puedan converger y favorecer acciones sobre mitigación y adaptación capaces de hacer frente al reto climático de forma efectiva y equitativa.

En consecuencia, el Cambio Climático es una cuestión que requiere la participación de la ciencia, de los ámbitos de decisión y del público en general, dado que precisa de cambios en los estilos de vida de las personas. Por esta razón durante los últimos años ha habido un gran interés en indagar sobre la comprensión pública del Cambio Climático en la sociedad (Capstick et al., 2015; Meira et al., 2009) y en especial en las diferentes etapas educativas. No en vano, los y las estudiantes, la futura ciudadanía, deberán hacer frente con éxito a esta amenaza real y las aulas son el fiel reflejo de los cambios que acontecen en la sociedad, y por ello pueden proporcionarnos una radiografía muy precisa de las inquietudes, anhelos o enfrentamientos que surgen en relación a la problemática del CC a nivel social (por ej. Wachholz et al., 2012; Robertson y Barbosa, 2015).

Desde el punto de vista de la comprensión del fenómeno, la principal conclusión es que el Cambio Climático representa una gran dificultad epistemológica. Además, su complejidad supera el ámbito científico y se expresa también en el terreno cultural, socioeconómico, político y moral. Por tanto el Cambio Climático es una problemática sistémica, dado que sea cual sea la estrategia que se adopte supone una transformación del modelo económico actual para reducir significativamente las emisiones antrópicas de GEI y potenciar los almacenes de carbono. El sentido del cambio está ya identificado, pero las resistencias son numerosas y la misma inercia social entorpece que se siga el camino señalado. Incluso la existencia de incertidumbres en torno a los problemas ambientales desincentiva a la hora de poner en marcha respuestas eficaces (Fortner et al., 2000).

El Cambio Climático choca con las percepciones de las personas (Zehr, 2000) a los que se unen errores conceptuales habituales, tales como la creencia extendida en que existe una relación causal entre el “agujero” en la capa de ozono y el Cambio Climático (por ej. Ungar, 2000). Las relaciones entre nuestros comportamientos cotidianos y las emisiones de gases invernadero son evidentes sólo en ciertos casos y este hecho contribuye a potenciar la inacción personal al igual que la incoherencia entre mensajes y políticas de respuesta: las advertencias sobre la amenaza del calentamiento del Planeta y sobre la necesidad urgente de pasar a la acción en el ámbito personal son incoherentes con las políticas públicas asociadas a la cultura consumista ligada a un modelo de crecimiento material y energético de la economía (Martinez-Alier et al., 2010). Por último, se ha constatado que la alfabetización científica de la población no implica que vaya a propiciar un cambio de comportamientos, hábitos y valores en la vida cotidiana de las personas (Sterling, 1996). Para ello se requiere además de una experiencia social orientada a promover una acción colectiva organizada y con finalidades explícitas, haciendo que la acción individual cobre sentido.

Podríamos concluir este capítulo asegurando que la tarea de la competencia en medioambiente resulta ser poliédrica y, al mismo tiempo, apasionante por las implicaciones cruzadas que posee frente al resto de habilidades, conocimientos y actitudes de las personas en general y de la Escuela en particular. El reto está servido.

■ Agradecimientos

El autor agradece al profesor Valentín Gavidia la invitación para redactar este capítulo, sus reflexiones y enseñanzas, así como el sinfín de sugerencias y correcciones propuestas.

■ Referencias bibliográficas

- Barceló, L.D. y López de Alda, M.J. (2014). *Contaminación y calidad química del agua: el problema de los contaminantes emergentes*. Panel científico-técnico de seguimiento de la política de aguas. Fundación Nueva Cultura del Agua. 27 pp.
- Brundtland, G. 1987. *Our common future: the world commission on environment and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Capstick, S. et al. (2015). Public understanding of climate change: certainty and willingness to act. *Environmental Education Research*, 6, 127-141.
- Carson, R. (1962). *Silent Spring*. Houghton Mifflin. Boston.
- Cortese, A. D. (2003). The critical role of higher education in creating a sustainable future. *Planning for higher education*, 31, 15-22.

- Darner, R. (2009). Self-determination theory as a guide to fostering environmental motivation. *The Journal of Environmental Education*, 40, 39-49.
- Eldredge, N. (2005). *Darwin: Discovering the tree of life*. New York: W.W. Norton, 2005. 256 pp.
- Fransson, N. y Garling, T. (1999). Environmental concern: Conceptual definitions, measurement methods, and research findings. *Journal of environmental psychology*, 19, 369-382.
- Frisk, E. y Larson, K. (2011). Educating for Sustainability: Competencies & Practices for Transformative Action. *Journal of Sustainability Education*, 2.
- Gifford, R. 2011. The dragons of inaction: Psychological barriers that limit climate change mitigation and adaptation. *American Psychologist*, 66, 290.
- Green, J. F., Sterner, T., & Wagner, G. (2014). A balance of bottom-up and top-down in linking climate policies. *Nature Climate Change*, 4 (12), 1064-1067.
- Huertas, J.A. (1988). Representación del Ambiente: Percepción, cognición ... En De Castro, R. (Comp.). *Psicología Ambiental: Intervención y Evaluación del Entorno*. Sevilla: Arquetipo.
- Hungerford, H.R. y Volk, T.L. (1990). Changing learner behavior through environmental education. *Journal of environmental education*, 21, 8-22.
- IPCC (2007). Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate change 2007: Synthesis report. In Core Writting Team, Pachauri, R.K.; Resisinger, A. (Eds.), *Contribution of Working Groups I, II and III to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. IPCC, Geneva, Switzerland.
- IPCC (2013). Intergovernmental Panel on Climate Change. The Physical Science Basis. <http://www.ipcc.ch/report/ar5/wg1/>
- IPCC (2014). Intergovernmental Panel on Climate Change. Sumary for policy-makers. In: Field, C.B., Barros, V.R., Dokken, D.J., Mach, K.J., Mastrandrea, M.D., Bilir, T.E., Chatterjee, M., Ebi, K.L., Estrada, Y.O., Genova, R.C., Girma, B., Kissel, E.S., Levy, A.N., MacCracken, S., Mastrandrea, P.R. y White, L.L. (Eds.), *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge, University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, USA.

- Johnson, D.L., Ambrose, S.H., Bassett, T.J., Bowen, M.L., Crummey, D.E., Isaacson, J.S., Johnson, D.N., Lamb, P., Saul, M. y Winter-Nelson, A.E. (1997). Meanings of environmental terms. *Journal of Environmental Quality*, 26, 581-589.
- Kollmuss, A. y Agyeman, J. (2002). Mind the gap: why do people act environmentally and what are the barriers to pro-environmental behavior? *Environmental Education Research*, 8, 239-260.
- Lorienzoni, I., Nicholson-Cole, S. y Whitmarsh, L. (2007). Barriers perceived to engaging with climate change among the UK public and their policy implications. *Global environmental change*, 17, 445-459.
- Martínez-Alier, J. et al. (2010). Sustainable de-growth: Mapping the context, criticisms and future prospects of an emergent paradigm. *Ecological Economics*, 69 (9), 1741-1747.
- McKenzie-Mohr, D. (2000). Fostering sustainable behavior through community-based social marketing. *American Psychologist*, 55, 531.
- Monckton C. et al. (2015). Why models run hot: results from an irreducibly simple climate model. *Science Bulletin*, 60 (1), 122-135.
- Meira, P., Arto, M. y Montero, P. (2009). *La sociedad ante el cambio climático. Conocimientos, valoraciones y comportamientos en la población española*. Santiago de Compostela: MAPFRE.
- Novo, M. (2009). La educación ambiental, una genuina educación para el desarrollo sostenible. *Revista de Educación*, número extraordinario 2009, pp. 195-2017.
- RAE (2005). *Diccionario Panhispánico de dudas*. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1.ª edición. Madrid: Santillana, 2005.
- Rayner, S. (2010). How to eat an elephant: a bottom-up approach to climate policy. *Climate Policy*, 10 (6), 615-621.
- Robertson, W.H. y Barbosa, A.C. (2015). Global Climate Change and the Need for Relevant Curriculum. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 10: 35-44.
- Rockström, J.; Steffen, W.; Noone, K.; Persson, A.; Chapin, F.S. III; Lambin, E.F.; Lenton, T.M.; Scheffer, M.; Folke, C.; Schellnhuber, H.J.; Nykvist, B.; de Wit, C.A.; Hughes, T.; van der Leeuw, S.; Rodhe, H.; Sörlin, S.; Snyder, P.K.; Costanza, R.; Svedin, U.; Falkenmar, M.; Karlberg, L.; Corell, R.W.; Fabry, V.J.; Hansen, J.; Walker, B.; Liverman, D.; Richardson, K.; Crutzen, P. y Foley, J.A. (2009). A safe operating space for humanity. *Nature*, 461: 472-475.

- Segal, S.J., Ferrer-Balas, D. y Mulder, K. (2010). What do engineering students learn in sustainability courses? The effect of the pedagogical approach. *Journal of Cleaner Production*, 18, 275-284.
- Sterling, S. (1996). "Developing strategy" en John Huckle y Stephen Sterling (Eds.), *Education for sustainability*, pp. 197-211, London: Earthscan.
- The Amsterdam Declaration. (2002). International Humanist and Ethical Union. Recuperado el 11 de noviembre de 2015 de <http://iheu.org/humanism/the-amsterdam-declaration>.
- Uitto, A., Juuti, K., Lavonen, J. y Meisalo, V. (2004). Who is responsible for sustainable development? Attitudes to environmental challenges: A survey of Finnish 9th grade comprehensive school students. *Citeseer*, 80-102.
- UNESCO (2006). Framework for the UNDES D International Implementation Scheme. ED/DESD/2006/PI/1. París: UNESCO.
- Ungar, S. (2000). Knowledge, ignorance and the popular culture: climate change versus the ozone hole. *Public Understanding of Science*, 9, 297-312.
- Vitousek, P.M. (1994). Beyond global warning, ecology and global change. *Ecology*, 75 (7), 1861-1876.
- Volk, T. L. (2003). Conversations with environmental educators: A conversation with four classroom teachers. *The Journal of Environmental Education*, 35, 3-17.
- Wachholz, S. et al. (2012). Warming to the idea: university students' knowledge and attitudes about climate change. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 15, 128-141.
- Zehr, S.C. (2000). Public representations of scientific uncertainty about global climate change. *Public Understanding of Science*, 9, 85-103.

Las competencias en salud ambiental en el currículo de la Educación Obligatoria

Beatriz Fernández, Nuria Álvaro, Olga Mayoral, Valentín Gavidia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia.

Email: nuriaalvaromora@gmail.com

RESUMEN: Las competencias en salud y en medio ambiente son de difícil consideración por separado en el ámbito educativo por la visión globalizadora que comporta. Mucho más lo es la unión de ambas en una única competencia: la salud ambiental.

El presente trabajo ofrece una propuesta de contenidos competenciales para este ámbito y realiza un análisis con el fin de averiguar hasta qué punto el currículum oficial de la educación primaria y secundaria recoge y atiende de manera adecuada a estas competencias en el ámbito común del Medio Ambiente y Salud que deben adquirir los jóvenes españoles.

PALABRAS CLAVE: Medioambiente, Competencias, Educación para la Salud, Currículo, Educación Obligatoria.

The competencies in environmental health in the curriculum of the compulsory education

ABSTRACT: Competencies in health and environment are difficult to be considered separately within educational benchmark due to the globalised point of view that they involve. Much more is the joining of both in a single competency: environmental health.

The present work proposes a minimum of competencies that young people must acquire and analyses the official curricula in order to find out in which way competencies related to environment and health are attended in the official curriculum of the Spanish elementary and secondary education.

KEY WORDS: Environment, Competencies, Health Education, Curriculum, Compulsory Education.

1. Introducción

Los ciudadanos, en su paso por la enseñanza obligatoria reciben y aprenden conocimientos de matemáticas, lengua, ciencias, etc. que les permiten integrarse en la sociedad, pero... ¿desarrollan las competencias en Salud Ambiental, necesarias para integrarse en una sociedad en continuo cambio, para controlar los factores que determinan la salud, individual y colectiva, y para intervenir en su entorno próximo afín de hacerlo más humano y amable?

La respuesta a esta pregunta requiere una investigación profunda en aspectos como el pensamiento del alumnado, competencias y habilidades adquiridas, comportamientos, estilos de vida, etc. El presente trabajo pretende abordar alguna de estas cuestiones realizando un estudio de lo que ofrece el currículo de la enseñanza obligatoria. De esta forma, se aportará información que permita a las administraciones educativas, universidades y centros de formación del profesorado, utilizar criterios de evidencia y de eficacia para mejorar sus propuestas formativas.

La incorporación de las competencias básicas al currículo es una primera apuesta por acercar el sistema educativo español a las exigencias internacionales. Su anexión significa matizar aquellos aprendizajes que se consideran imprescindibles y deben haber sido desarrollados al finalizar la enseñanza obligatoria para poder lograr la realización personal, ejercer la ciudadanía activa, incorporarse a la vida adulta y ser capaz de desarrollar un aprendizaje permanente a lo largo de la vida. Surgen con la finalidad de “*movilizar conocimientos para resolver problemas de forma autónoma, creativa y adaptada al contexto y a los problemas*” (Manzanares, 2012) y son consideradas como el cimiento sobre el que se construye el edificio de los aprendizajes y el lugar de convergencia de todas las áreas y materias del currículo (López, 2006).

El estudio que aquí se presenta, se enmarca en el proyecto de investigación COMSAL titulado “*Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en educación para la salud durante la escolarización obligatoria*” concretamente con el trabajo de uno de los ocho ámbitos de salud que propone: Salud Ambiental.

En el contexto de trabajo del equipo COMSAL se estableció que las competencias en salud significan la capacidad y la determinación de resolver los problemas relacionados con la salud personal y colectiva. En el Real Decreto 1631/2006 se señala en la competencia “conocimiento y la interacción con el mundo físico” que parte de esta competencia básica es el uso responsable de los recursos naturales, el cuidado del medio ambiente, el consumo racional y responsable, y la protección de la salud individual y colectiva como elementos clave de la calidad de vida de las personas.

Con el objetivo de enmarcar esta investigación conviene justificar este ámbito dentro de la competencia de Salud.

Lalonde (1974), señala que la salud de la población está determinada por cuatro grupos de factores y cada uno de ellos contribuye de manera desigual. Estos cuatro bloques determinantes de la salud son: la biología humana, el sistema sanitario, el medio ambiente y el estilo de vida. Sobre el medio ambiente, cabe decir que el conjunto de factores que lo constituyen está formado por las condiciones físicas y socioculturales en las que se desenvuelve la vida de la población. Entre ellas se considera el ambiente laboral (horarios, situación de estrés, etc.) el ambiente de barrio (asociaciones ciudadanas, fiestas, servicios: limpieza, transporte, cultura, orden, urbanismo, estructura de la ciudad, etc.) y las condiciones medioambientales (ruido, polvo, basuras, radiaciones, limpieza, contaminación química o biológica del aire, del agua y del suelo, etc.). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto que la salud debe ser promovida y protegida a través del desarrollo de un medio ambiente que permita acciones sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y global (Gil et al., 2015).

La trascendencia del estudio del entorno o medio ambiente radica en su doble vertiente: por ser él mismo fuente de salud o enfermedad, y por su influencia en la adopción de determinadas conductas determinadas por nuestros estilos de vida.

Con todo, los objetivos del presente estudio son, por un lado, estudiar las competencias en medioambiente y salud que deben adquirir los ciudadanos españoles en su paso por la Enseñanza Secundaria Obligatoria y, por otro, realizar una aproximación a las competencias que en estos temas adquiere el alumnado en la enseñanza obligatoria, a través de las posibilidades que ofrecen los currículos prescriptivos oficiales en relación a la Educación para la Salud.

■ 2. Metodología

A fin de cumplir con los objetivos considerados en este estudio, se elaboró un listado de los problemas prioritarios en Medio Ambiente y Salud y se determinaron las competencias que les hacen frente a partir de la concreción de contenidos competenciales (contenidos, procedimientos y actitudes).

Este listado sirvió como instrumento de análisis para realizar el posterior estudio del contenido del currículo de la Educación Obligatoria propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia (Reales Decretos 1513/2006 de 7 de diciembre y 1631/2006, de 29 de diciembre) y por el Gobierno Valenciano (Decret 112/2007 de 20 de julio). En dichos currículos se buscó los objetivos, contenidos y criterios de evaluación de

las diferentes asignaturas de la Ley Orgánica de Educación (LOE), y se hizo un recuento de sus aportaciones a cada una de las subcompetencias consideradas.

En todos estos pasos, la metodología seguida ha sido común en todos los ámbitos y viene especificada en el capítulo 2. En líneas generales se concreta de la manera siguiente:

1. Revisión bibliográfica de las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, de personas expertas y de propuestas del equipo de trabajo COMSAL.
2. Consenso entre los miembros del grupo de trabajo COMSAL para el establecimiento de los ocho ámbitos que englobaban los principales problemas de Salud atendiendo a la literatura encontrada.
3. Consulta a expertos para concretar los problemas en Salud, los ámbitos a los que pertenecen y la propuesta de competencias. En este ámbito, se buscó aquellas competencias que permitiesen al alumnado responder a los problemas de salud que el medio ambiente les causa.
4. Realización de un estudio Delphi para consensuar las opiniones de todos los grupos e incorporar las de otros grupos.
5. Elaboración de un listado de los problemas conjuntos de Salud y Medio Ambiente. Concreción de las subcompetencias necesaria a desarrollar en este ámbito y elaboración del instrumento de análisis.

A continuación se llevó a cabo el análisis curricular registrando los elementos del currículo que hacían referencia a los distintos contenidos competenciales definidos en el instrumento de análisis. Se realizó un análisis detallado de cada uno de los problemas que trabaja este ámbito en función de la materia, así como del nivel educativo.

3. Resultados

Las situaciones problemáticas relacionadas con la Salud Ambiental concretadas a partir de estudios y consultas a expertos se exponen a continuación:

- Derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo
- Derivados del consumo
- Ante posibles catástrofes

Competencias en Salud Ambiental

En la Tabla 1 se presentan las competencias de Salud Ambiental precisas para hacer frente a los problemas mencionados y en la Tabla 2 los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo que deben estar presentes en el currículo escolar. Esta propuesta ha servido para llevar a cabo los análisis curriculares posteriores.

Tabla 1. Competencia en Salud Ambiental

COMPETENCIA: “CONOCER, VALORAR Y CONTRIBUIR A LA CREACIÓN DE UN MEDIO AMBIENTE SALUDABLE”
<p>Saber: Conocer las características de un ambiente sano y las señales de su deterioro. Efectos del medio ambiente sobre la salud humana.</p> <p>Saber hacer: Cuidar el medio ambiente, contribuir a su mejora y evitar ambientes insalubres.</p> <p>Saber ser: Comprometerse con la creación de un medio ambiente sano. Solidarizarse con quienes compartimos la Tierra y con quienes la heredarán.</p>

Tabla 2. Problemas relacionados con la Salud Ambiental y contenidos competenciales necesarios para desarrollar las competencias

Problemas derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo
Conocimientos a adquirir
<ul style="list-style-type: none"> • Principales contaminantes del agua. Problemas de salud asociados a esta contaminación. • Estrategias y procesos útiles para evitar los problemas asociados a la contaminación del agua. • Depuración y potabilización del agua. • Ciclo integral del agua. • El agua como recurso agotable. • El aire y la dinámica atmosférica. Su importancia para la salud. • Características de las radiaciones y sustancias más comunes (gases, partículas, polen, etc.) que pueden producir problemas de salud. • Estrategias y procesos útiles para evitar los problemas asociados a la contaminación del aire. Problemas de salud asociados a esta contaminación. • La importancia de una calidad ambiente interior sobre la salud (casa, trabajo, ...). • Importancia del suelo para la vida de las personas. • Contaminación de suelos y riesgos para la salud derivados de ella. Desertización. • La vida humana y sus relaciones con el resto de los seres vivos. • El medio físico y su relación con el ser humano. • Residuos: Producción, contaminación e Impacto Ambiental. • Salud de los ecosistemas y salud humana. Cambio climático.

Procedimientos a utilizar

- Identificar los puntos de riesgo de contaminación en el ciclo integral del agua.
- Utilizar técnicas básicas de análisis de aguas. Interpretar y valorar los datos obtenidos.
- Asociar algunos problemas importantes de salud con los contaminantes del agua que los causan.
- Proponer acciones útiles para evitar o minimizar los riesgos para la salud relacionados con la contaminación del agua.
- Contribuir a la calidad de las masas de agua y de sus ecosistemas.
- Reconocer focos importantes de contaminación del aire mediante indicadores ambientales.
- Asociar algunos problemas importantes de salud con las radiaciones y los contaminantes del aire que los causan.
- Proponer acciones útiles para evitar o minimizar los riesgos para la salud relacionados con la contaminación atmosférica.
- Evaluar, de forma básica los espacios interiores más cercanos.
- Reconocer suelos contaminados.
- Identificar los riesgos más comunes derivados de la contaminación y erosión de los suelos.
- Prevenir la contaminación del suelo y técnicas elementales de descontaminación.
- Reconocer interacciones entre la vida humana y la del resto de los seres vivos.
- Identificar contribuciones de los otros seres vivos a la vida y la salud humana.
- Identificar problemas de salud humana derivados de origen biótico.
- Establecer relaciones entre el buen estado de los ecosistemas y la salud humana.

Actitudes a desarrollar

- Aprecio de las aguas limpias como indicadoras del buen estado de los ecosistemas y como fuente de salud.
- Valoración de la importancia del agua para la vida y para la salud de las personas.
- Precaución ante fuentes de agua desconocidas.
- Responsabilidad en el uso del agua.
- Colaboración en la recuperación de aguas contaminadas.
- Acceso al agua para todos: el agua es una fuente de salud
- Valoración de la importancia para la salud de gozar de un aire limpio.
- Reconocimiento de los riesgos asociados a los contaminantes del aire.
- Responsabilidad para mantener un aire limpio.
- Precaución en las actividades que puedan suponer la exposición a radiaciones.

- Actitud positiva ante las propuestas orientadas a reducir la contaminación del aire.
- Valoración de la importancia del suelo en la vida de las personas.
- Reconocimiento de la importancia de las aportaciones de los seres vivos a la vida humana.
- Prevención frente a los riesgos para la salud derivados del medio biótico.
- Reconocimiento de la importancia de un medio ambiente sano para el cuidado de la salud humana.

Problemas relacionados con el Consumo

Conocimientos a adquirir

- La sociedad de consumo como ambiente social.
- Mecanismos de producción y distribución de algunos bienes y servicios de uso habitual.
- Motivos para el consumo: necesidad, moda y publicidad.
- Relación entre el consumo y el medio ambiente.
- Utilidad y riesgos asociados al consumo.
- Comercio justo.
- Mecanismos sociales correctores de los problemas asociados al consumo
- Establecer el binomio sostenibilidad-salud. Desarrollo sostenible.

Procedimientos a utilizar

- Identificar ventajas e inconvenientes del consumo.
- Consumir con criterio propio, en función de las características de los bienes y servicios y de las necesidades personales.
- Identificar las propuestas saludables frente a las no saludables.
- Reconocer el coste ambiental de bienes y servicios de consumo habitual.
- Elegir bienes y servicios con criterio solidario.
- Analizar los mensajes de la publicidad y sus consecuencias.
- Utilizar con solvencia los mecanismos de reclamación cuando sea necesario.

Actitudes a desarrollar

- Valoración crítica de los mensajes publicitarios, así como de las conductas y valores que proponen.
- Consumo saludable y responsable.
- Valoración del medio ambiente en el consumo.
- Consideración del consumo como forma de atender las necesidades personales y rechazo del consumismo
- Crítica de la valoración de las personas por su nivel de consumo.
- Solidaridad con las personas con escasez de recursos.

Problemas relacionados con posibles Catástrofes

Conocimientos a adquirir

- Concepto de catástrofe y su presencia en el medio ambiente natural y humano.
- Causas y factores de riesgo de las catástrofes.
- Consecuencias de las catástrofes sobre la salud de las personas.
- Medidas de prevención.

Procedimientos a utilizar

- Analizar los riesgos derivados de actuaciones en zonas donde hay probabilidad de catástrofe y actuar en consecuencia.
- Proponer y valorar medidas de prevención apropiadas para minimizar riesgos.
- Seguir los protocolos de actuación en caso de catástrofe.

Actitudes a desarrollar

- Precaución ante las actuaciones que puedan generar riesgos.
- Solidaridad con las personas damnificadas por catástrofes.
- Disposición a colaborar en el análisis de riesgos, su prevención y la minimización de los efectos nocivos.

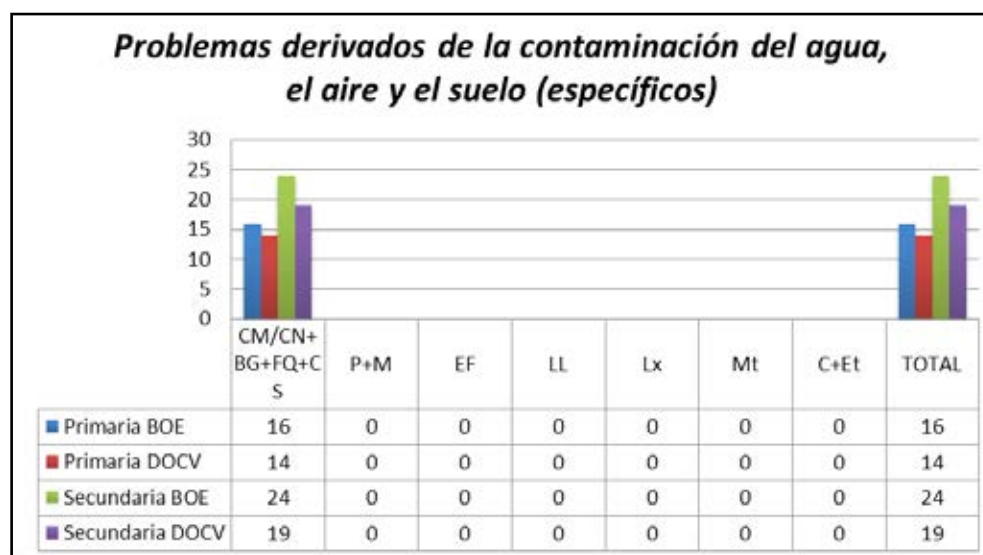
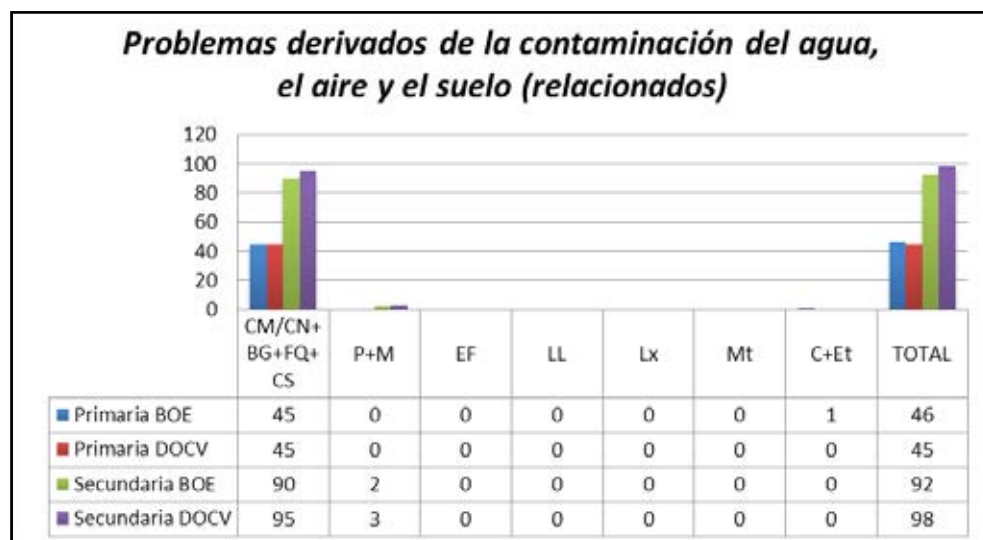
Los resultados del análisis del currículo, que aparecen a continuación, quedan representados a través de diferentes gráficos. Para cada problema se ha querido hacer una doble distinción de los mismos según el tratamiento que el BOE y el DOCV hacen del medio ambiente y la salud. Por un lado, se representan los contenidos “relacionados” que se refiere a los contenidos competenciales que no tratan de forma específica la competencia de medioambiente y salud pero permite ser incorporada por el docente. Por otro, se señalan los contenidos “específicos” que contemplan de manera directa dicha competencia.

3.1. Derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo

De los gráficos que aparecen a continuación, el Gráfico 1 representa los contenidos relacionados con la salud ambiental, mientras que el Gráfico 2 muestra los contenidos específicos. En ellos puede observarse que prácticamente las asignaturas que hacen aportaciones a esta temática son Conocimiento del Medio, Ciencias Naturales, Biología-Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, y la etapa de Secundaria con más contenidos que la de Primaria.

Los resultados mostrados en ambos gráficos, difieren en el número de aportaciones, siendo mayores en los contenidos relacionados. También, la implicación del DOCV con esta temática es mayor a nivel relacional, mientras que el BOE lo es a nivel de contenidos específicos.

Gráficos 1 y 2. Resultados de las aportaciones relacionadas y específicas de los documentos curriculares (BOE y DOCV) a los problemas de contaminación



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética

3.2. Derivados del Consumo

En los Gráficos 3 y 4 se representan las aportaciones del BOE y DOCV a la situación problemática del consumo tanto para la educación primaria como para la secundaria. Haciendo distinción entre contenidos relacionados y específicos, se observa como en ambos casos es el BOE quien predomina en número de aportaciones (menores en las específicas). Además, las aportaciones en la etapa secundaria son mayores que en primaria. En ambos gráficos se observan que las propuestas curriculares aparecen fundamentalmente en las asignaturas del bloque Conocimiento del Medio, Ciencias Naturales, Biología-Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, que son las que más contribuyen al trabajo de los contenidos competenciales de esta problemática, le siguen Educación para la Ciudadanía, Ética y Plástica y Música. En el análisis de contenidos relacionados además se han obtenido resultados en la asignatura de Educación Física, aunque con valores ínfimos.

3.3. Ante posibles catástrofes

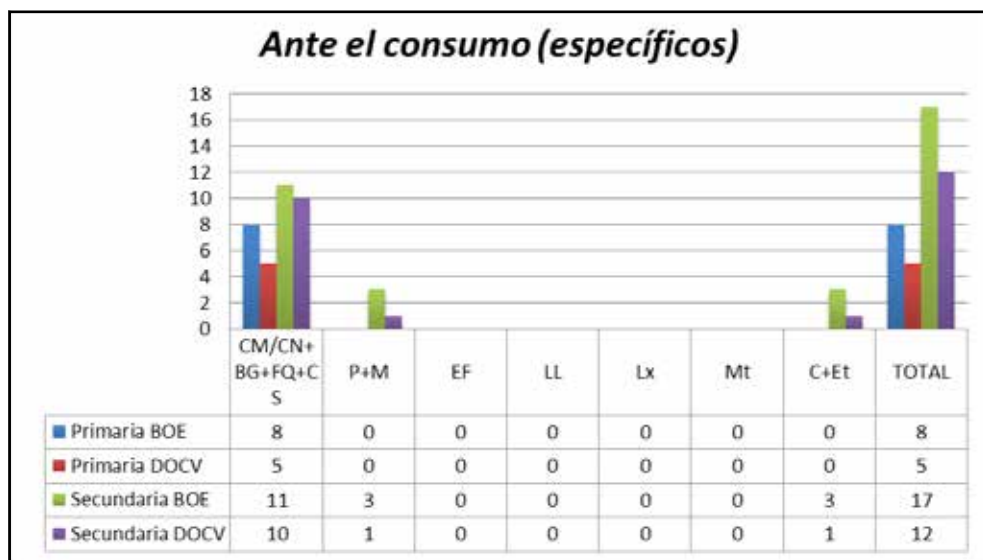
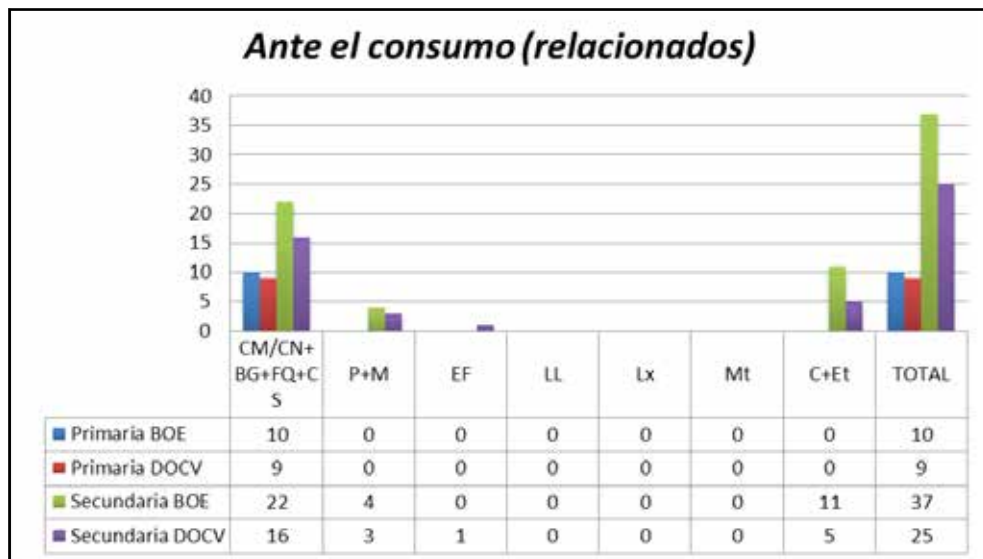
Los Gráficos 5 y 6, muestran cómo las asignaturas que más fomentan el trabajo de los contenidos competenciales en esta situación problemática de posibles catástrofes son Conocimiento del Medio, Ciencias Naturales, Biología-Geología, Física y Química y Ciencias Sociales; también Ciudadanía y Ética. De nuevo es predominante la etapa secundaria. Cabe resaltar la diferencia en los resultados según los contenidos sean relacionados o específicos. El Gráfico 5 muestra el predominio de las aportaciones del DOCV y BOE en secundaria sobre primaria. El Gráfico 6 representa una igualdad en las aportaciones del BOE y DOCV en la etapa primaria y un aumento de las del DOCV en la secundaria.

3.4. Consideraciones generales a los tres problemas

Considerando de manera conjunta la aportación a las tres problemáticas consideradas, en los Gráficos 7 y 8 se observa que el BOE supera al DOCV en contenidos tanto relacionados como específicos en ambas etapas. Además, la contribución curricular en la etapa secundaria es mayor que en la primaria.

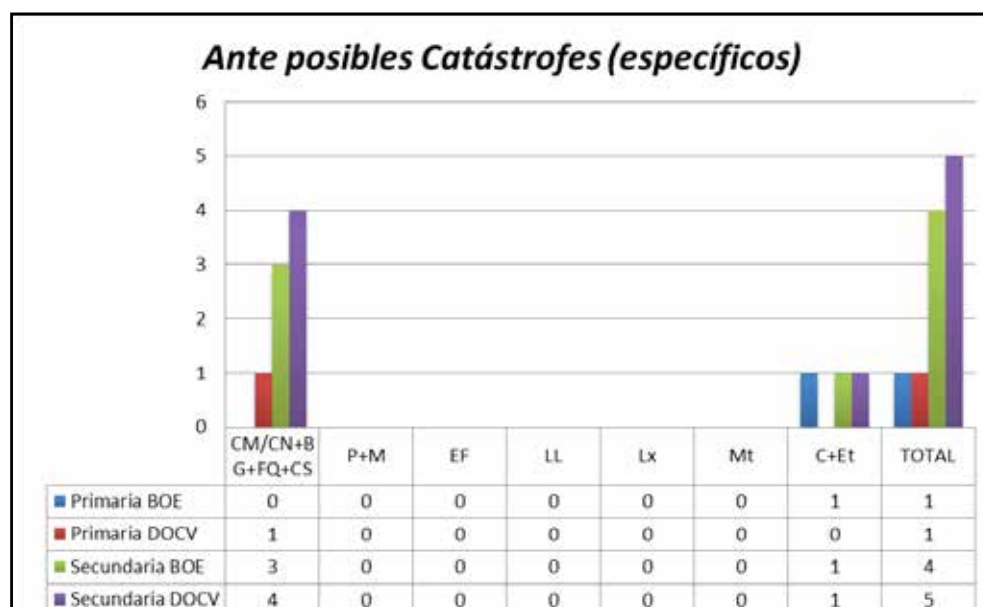
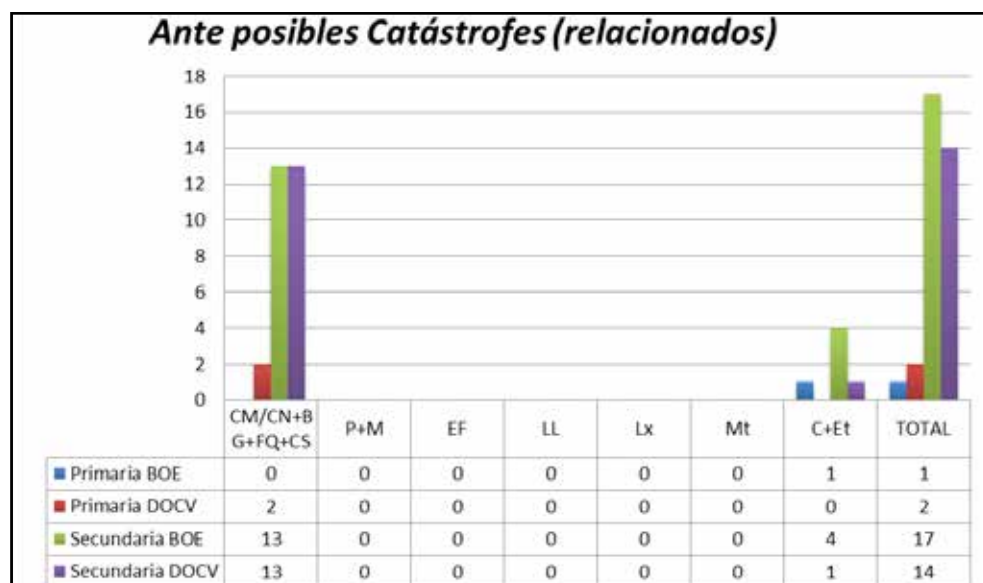
Las asignaturas que más fomentan el trabajo de los contenidos competenciales en las situaciones problemáticas tanto para primaria como secundaria y atendiendo tanto al BOE como al DOCV son fundamentalmente las del bloque de Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales. También contribuyen las asignaturas de plástica y música y la de ciudadanía y ética, aunque en bastante menos proporción. La asignatura de Educación Física apenas aporta y queda representada exclusivamente en el Gráfico 7.

Gráficos 3 y 4. Resultados de las aportaciones relacionadas y específicas de los documentos curriculares (BOE y DOCV) a los problemas de consumo



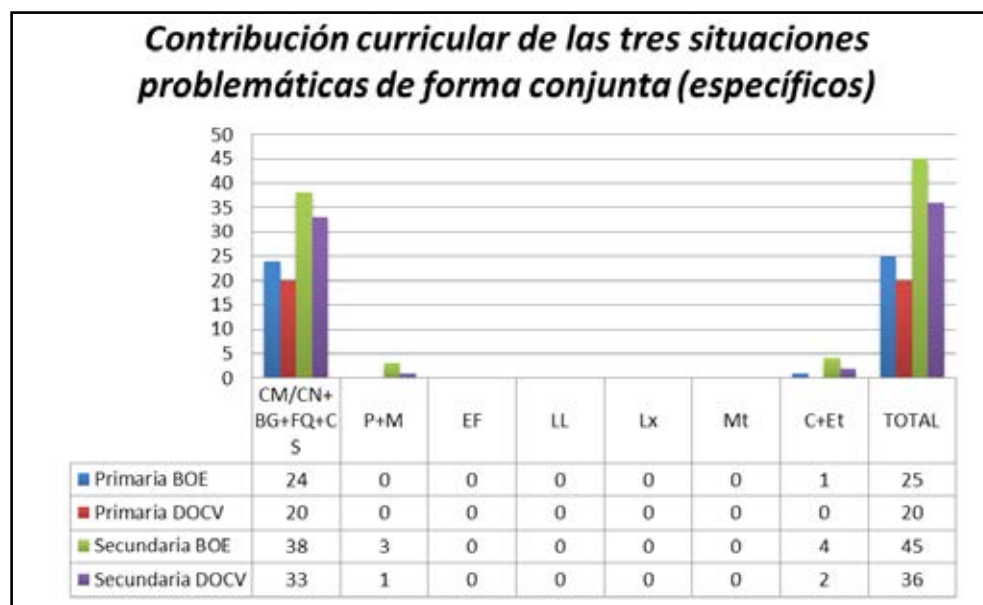
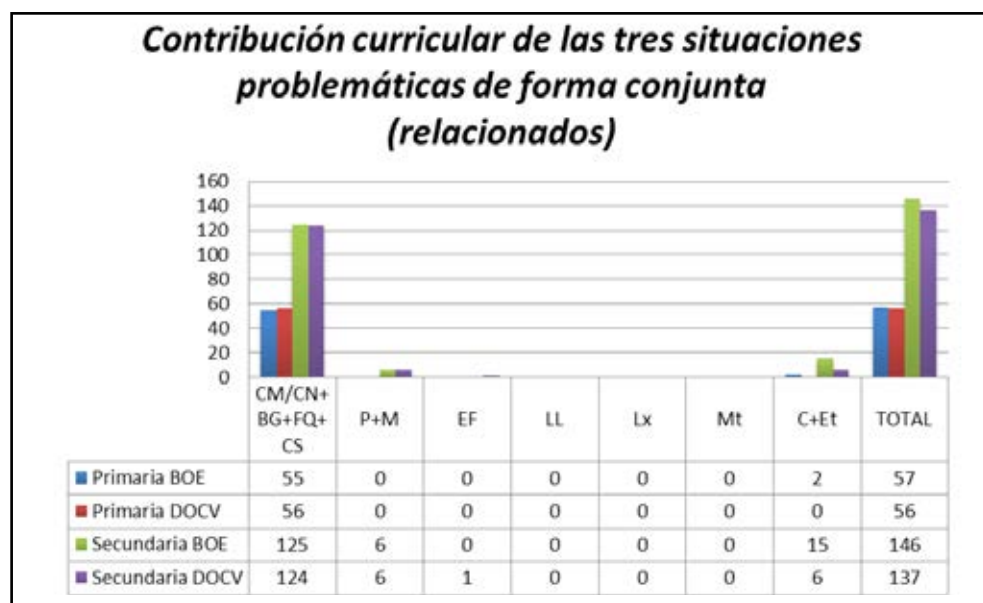
Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

Gráficos 5 y 6. Resultados de las aportaciones relacionadas y específicas de los documentos curriculares (BOE y DOCV) a los problemas de posibles catástrofes



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

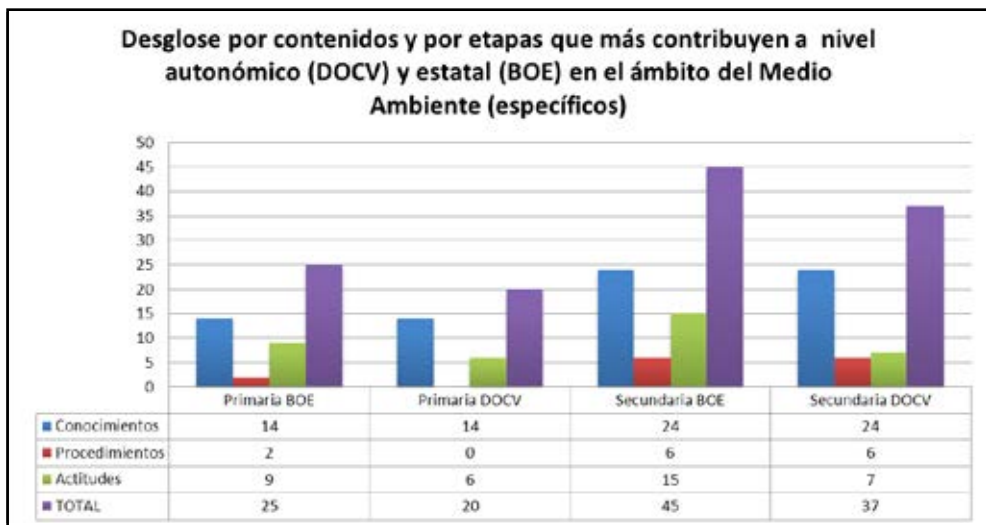
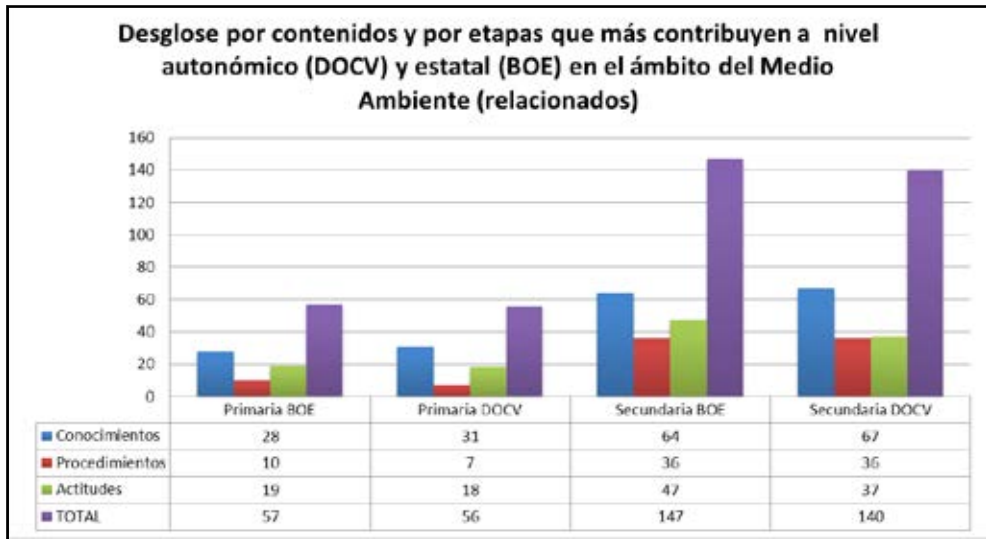
Gráficos 7 y 8. Aportaciones curriculares relacionadas y específicas de los currículos oficiales (BOE y DOCV) a los tres problemas de forma conjunta



Nota: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas, C: Ciudadanía; Et: Ética.

En los Gráficos 9 y 10 se representa un desglose de los contenidos competenciales (conocimientos, procedimientos y actitudes) obtenidos para cada etapa y currículum oficial (BOE y DOCV).

Gráficos 9 y 10. Desglose de los contenidos competenciales (relacionados y específicos) obtenidos para cada etapa y currículum oficial (BOE y DOCV)



En ambos gráficos vuelve a observarse como es el BOE quien mayor contribuye a los contenidos competenciales y en especial en la etapa de secundaria. Los contenidos conceptuales son los predominantes. Le siguen los actitudinales y en último lugar los procedimentales. Los contenidos procedimentales son considerados en menor proporción que el resto de contenidos (Gráfico 10), dato observable en el salto entre las barras que lo representan. En este mismo gráfico, estos contenidos llegan a no contemplarse en el DOCV.

3.5. Contenidos ausentes

Con el estudio del currículo se han conocido qué contenidos competenciales no aparecen a lo largo de la Educación Obligatoria. Se señalan en la Tabla 3 haciendo una distinción por etapas y currículos.

Tabla 3. Contenidos competenciales ausentes en Medio Ambiente en los currículos oficiales por etapas

CONTENIDOS AUSENTES EN PRIMARIA EN EL BOE Y EN EL DOCV
<p>Derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características de las radiaciones y sustancias más comunes (gases, partículas, polen, etc.) que pueden producir problemas de salud. • La importancia de una calidad ambiente interior sobre la salud (casa, trabajo, ...). • Salud de los ecosistemas y salud humana. Cambio climático. • Identificar los puntos de riesgo de contaminación en el ciclo integral del agua. • Utilizar técnicas básicas de análisis de aguas. Interpretar y valorar los datos obtenidos. • Contribuir a la calidad de las masas de agua y de sus ecosistemas. • Reconocer focos importantes de contaminación del aire mediante indicadores ambientales. • Asociar algunos problemas importantes de salud con las radiaciones y los contaminantes del aire que los causan. • Evaluar, de forma básica los espacios interiores más cercanos. • Reconocer suelos contaminados. • Prevenir la contaminación del suelo y técnicas elementales de descontaminación. • Identificar contribuciones de los otros seres vivos a la vida y la salud humana. • Identificar problemas de salud humana derivados de origen biótico. • Aprecio de las aguas limpias como indicadoras del buen estado de los ecosistemas y como fuente de salud. • Colaboración en la recuperación de aguas contaminadas. • Precaución en las actividades que puedan suponer la exposición a radiaciones. • Actitud positiva ante las propuestas orientadas a reducir la contaminación del aire.

- Reconocimiento de la importancia de las aportaciones de los seres vivos a la vida humana.
- Prevención frente a los riesgos para la salud derivados del medio biótico.

Derivados del consumo

- Utilidad y riesgos asociados al consumo.
- Comercio justo.
- Mecanismos sociales correctores de los problemas asociados al consumo.
- Identificar ventajas e inconvenientes del consumo.
- Identificar las propuestas saludables frente a las no saludables.
- Reconocer el coste ambiental de bienes y servicios de consumo habitual.
- Elegir bienes y servicios con criterio solidario.
- Utilizar con solvencia los mecanismos de reclamación cuando sea necesario.
- Valoración del medio ambiente en el consumo.
- Consideración del consumo como forma de atender las necesidades personales y rechazo del consumismo.
- Crítica de la valoración de las personas por su nivel de consumo.
- Solidaridad con las personas con escasez de recursos.

Ante posibles catástrofes

- Consecuencias de las catástrofes sobre la salud de las personas.
- Medidas de prevención.
- Analizar los riesgos derivados de actuaciones en zonas donde hay probabilidad de catástrofe y actuar en consecuencia.
- Proponer y valorar medidas de prevención apropiadas para minimizar riesgos.
- Seguir los protocolos de actuación en caso de catástrofe.
- Precaución ante las actuaciones que puedan generar riesgos.
- Solidaridad con las personas damnificadas por catástrofes.
- Disposición a colaborar en el análisis de riesgos, su prevención y la minimización de los efectos nocivos.

<u>CONTENIDOS AUSENTES EN PRIMARIA SÓLO EN EL BOE</u>	<u>CONTENIDOS AUSENTES EN PRIMARIA SÓLO EN EL DOCV</u>
<p>Derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuración y potabilización del agua. • Importancia del suelo para la vida de las personas. • Precaución ante fuentes de agua desconocidas. • Acceso al agua para todos: el agua es una fuente de salud. <p>Ante posibles catástrofes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de catástrofe y su presencia en el medio ambiente natural y humano. • Causas y factores de riesgo de las catástrofes. 	<p>Derivados del consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación entre el consumo y el medio ambiente. • Consumir con criterio propio, en función de las características de los bienes y servicios y de las necesidades personales.

CONTENIDOS AUSENTES EN SECUNDARIA EN EL BOE Y EN EL DOCV	
<p>Derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo</p> <ul style="list-style-type: none"> • La importancia de una calidad ambiente interior sobre la salud (casa, trabajo, ...). • Importancia del suelo para la vida de las personas. • Contribuir a la calidad de las masas de agua y de sus ecosistemas. • Evaluar, de forma básica los espacios interiores más cercanos. • Reconocer suelos contaminados. • Identificar los riesgos más comunes derivados de la contaminación de los suelos. • Identificar problemas de salud humana derivados de origen biótico. • Valoración de la importancia del suelo en la vida de las personas. • Prevención frente a los riesgos para la salud derivados del medio biótico. <p>Derivados del consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de producción y distribución de algunos bienes y servicios de uso habitual. • Utilidad y riesgos asociados al consumo. • Mecanismos sociales correctores de los problemas asociados al consumo. • Identificar ventajas e inconvenientes del consumo. • Elegir bienes y servicios con criterio solidario. • Crítica de la valoración de las personas por su nivel de consumo. <p>Ante posibles catástrofes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de las catástrofes sobre la salud de las personas. • Seguir los protocolos de actuación en caso de catástrofe. • Disposición a colaborar en el análisis de riesgos, su prevención y la minimización de los efectos nocivos. 	
<u>CONTENIDOS AUSENTES EN SECUNDARIA EN EL BOE</u>	<u>CONTENIDOS AUSENTES SÓLO EN SECUNDARIA EN EL DOCV</u>
<p>Derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precaución ante fuentes de agua desconocidas. • Acceso al agua para todos: el agua es una fuente de salud. <p>Derivados del consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comercio justo. 	<p>Derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en la recuperación de aguas contaminadas. • Precaución en las actividades que puedan suponer la exposición a radiaciones.

Hay un total de 50 contenidos competenciales que no han sido abordados en alguno de los currículos oficiales.

En la Tabla 3 se observa como el BOE es el documento oficial en el que más carecen los contenidos competenciales necesarios para desarrollar las competencias en Salud Ambiental.

Tanto en la etapa primaria como secundaria algunos contenidos están ausentes en las tres situaciones problemáticas consideradas (saber, saber hacer, saber estar). Ambas etapas coinciden en 20 contenidos ausentes. La ausencia de algunos de ellos llama poderosamente la atención, como son: contribuir a la calidad de las masas de agua y de sus ecosistemas, identificar ventajas e inconvenientes del consumo y consecuencias de las catástrofes sobre la salud de las personas.

■ 4. Conclusiones

El análisis de los documentos curriculares ha constituido el camino para aproximarnos a las competencias en Salud Ambiental que adquiere el alumnado en la enseñanza obligatoria. En esta aproximación, se ha hecho necesario determinar aquellas competencias en medio ambiente y salud que deben adquirir los ciudadanos españoles en su paso por la Enseñanza obligatoria, así como las situaciones problemáticas en Salud Ambiental en donde se han establecido los contenidos necesarios para alcanzar dichas competencias. Estas situaciones problemáticas son “Derivados de la contaminación del agua, el aire y el suelo”, “Derivados del consumo” y “Ante posibles catástrofes”. El resultado lo ha constituido la elaboración de un instrumento de análisis curricular para el ámbito del Medio Ambiente en el ámbito de la salud.

Cabe destacar que para cada problema se ha hecho una doble distinción de los mismos según el tratamiento que el BOE y el DOCV hacen del medio ambiente y la salud. Esto ha dado lugar a distinguir entre contenidos relacionados (contenidos competenciales que no tratan de forma específica la competencia de medioambiente y salud pero permite ser incorporada por el docente) y específicos (que contemplan de manera directa dicha competencia).

En este sentido se ha obtenido que las aportaciones curriculares, si se consideran los contenidos relacionados, son bastante mayores que en el caso de los contenidos específicos.

A pesar de esta diferencia, los resultados del análisis curricular permiten concluir que no se encuentran diferencias significativas si se comparan ambos análisis con respecto a las materias que contribuyen al desarrollo de las competencias y las aportaciones de los currículos oficiales en las distintas etapas de la Educación Obligatoria.

En ambos casos se ha obtenido que las **materias que más fomentan el trabajo de los contenidos competenciales** en las tres situaciones problemáticas para ambas etapas educativas (primaria y secundaria) y ambos currículos (BOE y DOCV) son **Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, seguido de Ciudadanía y Ética y Plástica y Música**. Cabe resalta que la situación problemática “Ante el consumo” es el problema que más asignaturas se implican aportando contenidos competenciales; no obstante, dista de ser la situación de mayor contribución curricular. En todos los casos **es la etapa secundaria la que contribuye en mayor medida al desarrollo de la competencia en Salud Ambiental**. La aportación específica del resto de áreas de conocimiento o materias al ámbito del Medio Ambiente es nula y casi nula en el caso de la asignatura de Educación física que sólo aparece en el estudio de los contenidos específicos, siendo ínfimo su valor.

También se ha podido comprobar que, en líneas generales, **el BOE presenta una mayor contribución curricular al ámbito del Medio Ambiente que el DOCV**. Hay que tener en cuenta que el BOE es el documento que recoge las enseñanzas mínimas curriculares, las cuales deberían quedar ampliadas por el currículo de cada comunidad autónoma, en nuestro caso, el DOCV.

En la comparación de los resultados relacionados y específicos se ha observado una diferencia relevante en el número de aportaciones de los currículos oficiales a los tres contenidos competenciales (conceptos, procedimientos y actitudes). A pesar de que **el currículo oficial trabaja en mayor a menor medida los tres tipos de contenidos, la aportación de los procedimientos** es menor en proporción al resto en las aportaciones de tipo específicas. Esto sugiere que estos contenidos son dejados de lado en la Educación Secundaria.

De este análisis se ha obtenido también los contenidos competenciales no abordados por algunos de los currículos oficiales estudiados en la Educación Secundaria. Son un total de 50 contenidos que no parecen en el BOE, tanto para la etapa primaria como la secundaria y en las tres situaciones problemáticas consideradas. Consideramos que son muchos los contenidos no trabajados por los currículos y su ausencia hace que estos contenidos competenciales, necesarios para desarrollar las competencias en Salud Ambiental, puedan no ser tratados en la Enseñanza Obligatoria.

Este estudio, en el marco del proyecto COMSAL, resulta trascendente al permitir aproximarnos a la realidad de nuestros alumnos, ciudadanos participantes en la toma de decisiones, así como conocer las contribuciones a las competencias en Salud Ambiental de los documentos oficiales educativos (BOE y DOCV). Documentos que son determinantes en la educación de nuestros alumnos y cuya revisión y continua mejora resulta fundamental si queremos propiciar un avance educativo.

■ 5. Referencias bibliográficas

- Conselleria de Educació (2002). *Decreto 39 /2002, de 5 de marzo, del Gobierno Valenciano, por el que se modifica el Decreto 47/1992, de 30 de marzo, del Gobierno Valenciano, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Valenciana*. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, 4206, 1-292.
- Conselleria de Educació (2007). *Decreto 111/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunitat Valenciana*. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, 5562, 1-292.
- Gil, A., Ruiz-López, M.D., Fernández-González, M. y Martínez de Victoria, E. (2015). Guía FINUT de estilos de vida saludable: más allá de la Pirámide de los Alimentos. *Nutr Hosp.* 31 (5), 2313-2323.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians, a working document. Nouvelle perspective de la santé des canadiens, un document de travail*. Ottawa, Department of National Health and Welfare.
- López, J. (2009). Las competencias básicas del currículo en la LOE. En Ministerio de educación, cultura y deporte (Ed.), *La estructura colegiada en los centros educativos: trabajo coordinado y trabajo en equipo* (pp. 217). España: Secretaria general técnica.
- Manzanares, A. y Sánchez, J. (2016). La dimensión pedagógica de la Evaluación por Competencias y la Promoción del Desarrollo Profesional en el Estudiante Universitario. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 5, 186-202.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2006). *Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria*. BOE, 5, 677-773.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2007). *Orden ECI/2211/2007, de 12 de julio, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación primaria*. BOE, 173, 487-566.



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

Departamento de Didáctica de las Ciencias
Experimentales y Sociales