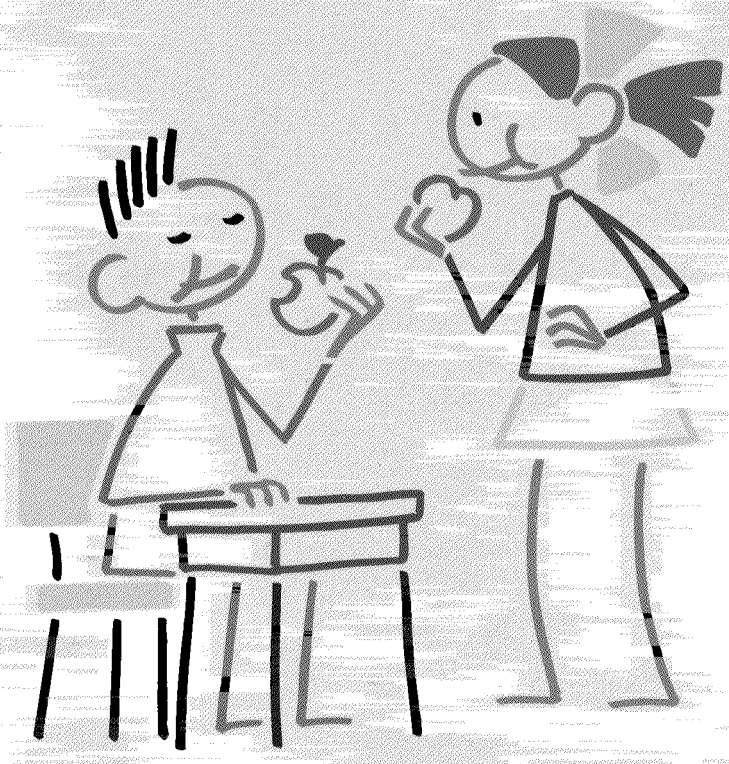
V JORNADAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGION DE MURCIA

MURCIA, 19 y 20 de Noviembre de 1993



La escuela promotora de salud

Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales
Dirección General de Salud
y Consumo

Dirección Provincial del
Ministerio de Educación y Ciencia
MURCIA

INSALUD
MURCIA

R- 3.654

V JORNADAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGION DE MURCIA

MURCIA, 19 y 20 de Noviembre de 1993

La Escuela Promotora de Salud

© Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Dirección General de Salud y Consumo
Sección de Educación para la Salud

Coordinación de esta edición:
Sección de Educación para la Salud

I.S.B.N.: 84-87686-38-9
Dep. Legal: MU-1749-1993
Diseño: L. M. L.
Imprime: Imprenta Guillén - Ceutí

V JORNADAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGION DE MURCIA

MURCIA, 19 y 20 de Noviembre de 1993

Organizan:

- Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Murcia
- Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia. Murcia
- INSALUD. Murcia

Colaboran:

- Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia
- Ilustre Colegio Oficial de ATS/DUE de Murcia

Sede de las Jornadas:

Aula de Cultura C.A.M.
C/. Salzillo, 7 - MURCIA

Secretaría Técnica:

ALQUIBLA, S.L.
González Adalid, 13 - Entlo. izq.
30001 - MURCIA
Teléfono y Fax de información: (968) 21 54 10

Presentación

Asistimos al reconocimiento del papel de la escuela en la promoción de la salud, a la vez que observamos cómo aumenta la motivación de los profesionales, cómo crecen las relaciones entre sociosanitarios y docentes, cómo las experiencias se van haciendo más numerosas, cómo se ha potenciado la coordinación interinstitucional..., en una palabra cómo va adquiriendo entidad propia, en nuestra Comunidad, la Educación para la Salud en la Escuela.

En el desarrollo de la EpS en la Escuela concurren varios factores, entre otros la implantación progresiva del modelo de Atención Primaria y de la Reforma Educativa, los convenios intersectoriales..., y también los lugares de reunión y difusión de las experiencias. En este sentido las **Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia,** desde sus inicios, han sido un elemento clave de motivación, difusión y encuentro, constituyéndose en punto de partida de muchos de los proyectos que se han desarrollado y se desarrollan en la Región de Murcia.

Una vez más con estas **V JORNADAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA**, queremos propiciar el encuentro de todos aquellos profesionales interesados en la creación de *escuelas promotoras de salud* y de todos aquellos que con su experiencia puedan contribuir a difundir la posibilidad y necesidad de hacer promoción de salud desde la escuela.

El Comité Organizador

Comité de Honor

Excma. Sra. D.ª María Antonia Martínez García
Presidenta de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Excma. Sra. D.ª Concepción Sáenz Laín
Delegada del Gobierno en la Región de Murcia

Excmo. Sr. D. Lorenzo Guirao Sánchez
Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la
Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Iltmo. Sr. D. José Méndez Espino
Alcalde-Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Murcia

Iltmo. Sr. D. Rafael González Tovar
Director General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Murcia

Iltmo. Sr. D. Antonio Puig Renau
Director Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia

Iltmo. Sr. D. José María López López
Director Provincial del INSALUD. Murcia

Sr. D. Juan Monreal Martínez
Presidente del Consejo Territorial
Caja de Ahorros del Mediterráneo. Murcia

Comité Organizador

PRESIDENTE

José Joaquín Gutiérrez García
Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

SECRETARIA

Pilar Miranda López
Dirección Provincial del M.E.C.

VOCALES

Pedro Martínez López
Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

José Antonio Navarro Alonso
Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Teresa Ramón Esparza
Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Isidoro Ruiz Gabaldón
Profesor de Enseñanza Secundaria. Cieza

Eduardo González Lacuesta
Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia

Diego Ayala Gea
Sociedad Murciana de Enfermería de Atención Primaria. Colegio Oficial de ATS/DUE

M.ª Isabel Martínez Catalán
Gerencia de Atención Primaria, Murcia. INSALUD

Francisco Pérez Aguilar
Gerencia de Atención Primaria, Cartagena. INSALUD

M.ª José Cascales del Cerro
Gerencia de Atención Primaria, Lorca. INSALUD

Comité Científico

PRESIDENTE

Francisco Pagán Martínez

Biólogo. Dirección Provincial del M.E.C.

SECRETARIO

Juan Ramón Ordoñana Martín

Psicólogo. Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

VOCALES

Paloma Castillo Vicente

Enfermera. Centro de Salud de Sta. M.ª de Gracia de Murcia

M.ª Isabel Espín Ríos

Pediatra. Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Fernando Esteban Muñoz

Maestro. Colegio Público "Sta. M.ª de Gracia". Murcia

Antonio López Escar

Asesor del Centro de Profesores de Cehegín

Francisco Ramos Postigo

Médico. Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

M.ª Angeles Velasco Soria

Médica. Centro de Salud de Jumilla

Programa

VIERNES, DIA 19

17'00 h. Recepción de los participantes y entrega de documentación.

17'30 h. Sesión Inaugural.
ACTO DE APERTURA

18'00 h. PONENCIA: **La Escuela Promotora de Salud.**
D. Filiberto Castillo Lemee
Profesor de Metodología de la Educación para la Salud. Universidad de Lovaina (Bruselas).

19'30 h. Coloquio.

SABADO, DIA 20

09'00 h. MESA REDONDA: **Estrategias para la prevención de accidentes en el medio escolar.**
Coordinador: **D. José Antonio Navarro Alonso**. *Jefe de la Sección de Salud Infantil de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Murcia.*

Ponentes:
Dr. Antonio Cervantes Pardo. *Pediatra. Centro de Salud de Santomera. Murcia.*
Análisis de la situación regional e identificación de factores de riesgo.

D.ª Pilar Miranda López. *Pedagoga. Dirección Provincial del M.E.C. Murcia.*
Estrategia Educativa.

D. Fermín García Rodríguez. *Pediatra. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.*
Coordinación intersectorial.

D. José Cordero González. *Abogado. Sevilla.*
Estrategias legislativas para la prevención de accidentes en el medio escolar.

11'00 h. COMUNICACIONES A LA MESA.

11'30 h. PAUSA/CAFE.

12'00 h. COMUNICACIONES LIBRES / Sesiones de audiovisuales.
Moderador: **D. Fernando Esteban Muñoz.** *C.P. Sta. M.ª de Gracia. Murcia.*

14'00 h. COMIDA DE TRABAJO.

16'00 h. MESA REDONDA: **Educación Sexual en la Escuela.**
Coordinador: **D. Juan Ramón Ordoñana Martín**. *Psicólogo de la Sección de Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Murcia.*

Ponentes:
Dr. Félix López Sánchez. *Catedrático de Psicología Evolutiva. Universidad de Salamanca.*

D.ª M.ª Carmen Bolaños Espinosa. *Colectivo Harimaguada. Programa de Educación Afectivo-sexual. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.*

D.ª Margarita Uncilla Vilela. *Coordinadora del Programa Jóvenes y Sexualidad. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias.*

D. José Manuel López García. *Responsable de Formación para Departamentos de Orientación en Enseñanza Secundaria del M.E.C.*

18'00 h. PAUSA/CAFE.

18'30 h. COMUNICACIONES A LA MESA
Moderador: **D. Francisco A. Pagán Martínez.** *Asesor Técnico Docente de Educación para la Salud. Dirección Provincial del M.E.C. Murcia.*

19'30 h. INFORME DE LOS COMITES Y ENTREGA DE PREMIOS A LAS MEJORES COMUNICACIONES.

19'45 h. ACTO DE CLAUSURA.

22'00 h. CENA DE CLAUSURA.

Horario de Comunicaciones Orales

SABADO, 20 DE NOVIEMBRE DE 1993. 11'00 h.

11'00 h. Propuesta metodológica de educación para la seguridad en el medio escolar.

11'15 h. Registro de accidentes escolares en Educación Física.

12'00 h. Escuela y Salud en Molina de Segura.

12'15 h. Programa de prevención de las alteraciones del sueño.

12'30 h. Una experiencia de EpS con participación de todos los colectivos implicados.

12'45 h. Análisis curricular de los contenidos de Educación para la Salud.

13'00 h. Propuestas de intervención en comedores escolares de la Región de Murcia.

13'15 h. La salud como integradora de la comunidad escolar.

13'30 h. Iván se asea: el uso de diaporamas en Educación para la Salud en la Etapa Infantil.

13'45 h. La salud es cosa de todos.

SABADO, 20 DE NOVIEMBRE DE 1993. 18'30 h.

18'30 h. Sexos diferentes, con relaciones igualitarias.

18'45 h. Uso de recursos sociosanitarios en la escuela: programa de planificación familiar.

19'00 h. Programa de Educación Sexual para 7.º de E.G.B. "Qué me está pasando".

19'15 h. La sexualidad una forma de comunicación afectiva y de relación con...

Relación de Comunicaciones en Panel

1. La Educación Sexual en la Escuela: "Una puerta por abrir".
2. La Educación Sexual escolar, familiar y docente en el marco de la EpS.
3. Grupo de trabajo en Educación Sexual.
4. Aportación sociosanitaria previa a la implantación de un programa de EpS.
5. Compartiendo objetivos: una experiencia de colaboración sanitarios-maestros.
6. Dinamización escolar a través de la EpS: semana de la salud.
7. Estudio de hábitos y conocimientos relacionados con la salud de los escolares.
8. Enseñar hábitos de salud en la escuela.
9. Hacia una mejora de nuestro comportamiento: en beneficio de la salud.
10. Agenda de Higiene Personal.
11. Alimentación y nutrición en la comunidad escolar.
12. Aproximación a un modelo descriptivo-explicativo de la iniciación en la conducta de fumar cigarrillos.
13. Educación para la salud y prevención de drogodependencias.
14. Higiene buco-dental en la población escolar de Mallorca.
15. Unidad didáctica de prevención de alcoholismo.

PONENCIA INAUGURAL:

La Escuela Promotora de Salud

La escuela promotora de salud

D. Filiberto Castillo Lemee
Profesor de Metodología de Educación para la Salud
Universidad de Lovaina. Bruselas

1. POR QUE HAY QUE EDUCAR PARA LA SALUD

Nadie podría discutir que la medicina occidental ha progresado enormemente durante la segunda mitad de este siglo. El descubrimiento de nuevas vacunas (ROR, antipolio, antihepatitis B, antigripe, etc...), de nuevas técnicas de diagnóstico (endoscopía por fibras ópticas, scanner, anticuerpos monoclonales, imagería por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, velocimetría Dopler, etc...), de nuevos medicamentos (contraceptivos orales, tranquilizantes, betablocantes, insulina producida por manipulación genética, nuevos antibióticos, AZT, etc...), de nuevas técnicas quirúrgicas (pontaje aorto-coronario, transplante de órganos, tratamientos con laser, angioplastia coronaria, injerto de tejido fetal, etc...), así como la creación de nuevas prótesis, la fecundación in vitro, la litotripsia extracorporal y muchos otros adelantos permiten a la medicina de nuestros días realizar verdaderos milagros en cuanto a prevención de enfermedades y, sobre todo, en cuanto a recuperación de la salud. Enfermedades que hasta hace poco tiempo eran casi siempre mortales, hoy, gracias a la medicina moderna, resultan banales.

Y sin embargo, se habla del fracaso de la medicina y de la crisis mundial de la salud.

En septiembre de 1.978, en la conferencia de la OMS en ALMA-ATA, en el informe presentado por el entonces director general de esa institución, Dr. Halfan Mahler, se afirmaba: "Fundado sobre la primacía de los médicos, de los hospitales y la tecnología médica de avanzada, el sistema sanitario occidental ha fracasado incontestablemente en el tercer mundo. Y aún en los países desarrollados la práctica médica clásica y sus prioridades son más y más sentidas como inadecuadas."

Y no hablemos de Wladimir Ilich que acusaba a los médicos y a la industria farmacéutica de causar más mal que bien, al provocar enfermedades iatrogénicas, arrebatar a cada individuo todo poder de decisión sobre su propia salud y someter a la población a su más completa dependencia.

El hecho es que la tasa de mortalidad general no ha disminuido mucho en los países ricos desde 1960, a pesar de que a partir de entonces se han anotado grandes avances en la medicina. Esa tasa de mortalidad general es dos veces más elevada en Africa que en Europa. En cuanto a la mortalidad infantil, la tasa europea hay que multiplicarla por 3 en América Latina, por 6 en el Asia y por 7 en Africa.

En los países pobres las enfermedades infecciosas y parasitarias continúan afectando a una proporción enorme de la población: la malaria, la bilharziosis, la filariasis, la tripanosomiasis, la lepra, la tuberculosis, el tracoma, el sarampión, las gastroenteritis, las neumonías, la gripe y otras invalidan, debilitan o matan cada año a muchos millones de personas.

En los países ricos la situación de salud tampoco es muy regocijante. Si bien la mayor parte de las enfermedades infecciosas son controladas -salvo el SIDA, por supuesto- las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las

toxicomanías, los accidentes, los suicidios, la violencia y otros males continúan cobrando una cuota de muertes que los servicios médicos no logran reducir. A pesar de los indudables avances de la tecnología médica, los hospitales siguen llenos de enfermos, el consumo de medicamentos es elevado y el estado general de salud de la población no puede considerarse como satisfactorio. Es cuestión, por ejemplo, de considerar las ausencias al trabajo por causa de enfermedad.

La distribución de los recursos sanitarios en el mundo y en cada país suele ser aberrante. En muchos países hay demasiados médicos y en otros, demasiado pocos. En los países más pobres los tres cuartos de la población suelen vivir en el campo, pero las tres cuartas partes de los gastos en salud se originan en las ciudades, donde ejercen las tres cuartas partes de los médicos. En general se puede decir que los médicos –como muchos otros profesionales– se amontonan allí donde hay dinero y no necesariamente donde están los enfermos más necesitados. Pero esa distribución distorsionada de los recursos asistenciales se da también en cierta medida en países ricos. En Francia, por ejemplo, se habla de "heliotropismo médico", porque, sobretodo, los especialistas, se instalan de preferencia en el sur del país, más rico y soleado y escasean en el norte, más pobre, más frio y más enfermo.

El problema es que esa atención de salud, centrada esencialmente en los hospitales, altamente tecnificada, pero que no logra mejorar realmente los niveles de salud, resulta extremadamente cara. En los países ricos el gasto médico bordea el 10% del PNB. Lo que ya es mucho, pero sigue aumentando y creando problemas insolubles a los gobiernos.

Ahora bien, si se reflexiona un poco sobre los diversos factores que determinan los problemas de salud tanto en los países pobres como en los países desarrollados, se puede constatar que existe siempre un factor común: un comportamiento humano que crea condiciones nefastas para la salud en el medio ambiente, que favorece irracionalmente el contagio o el desencadenamiento de la enfermedad, que impide o dificulta el tratamiento, etc. Contaminar el medio ambiente, explotar económicamente a pueblos o a individuos condenándolos a la miseria, matar o herir voluntariamente a otras personas, conducir un vehículo en estado de ebriedad o a velocidades excesivas, proporcionar drogas que destruyen el organismo a otros o consumirlas personalmente, transmitir a otras personas nuestras propias enfermedades, comer de manera irracional, privarse del indispensable ejercicio físico y tantas otras maneras de favorecer enfermedades o accidentes, son comportamientos humanos, son actos que de una u otra manera determinan nuestros problemas de salud y que no son modificables por las prácticas médicas. Si la atención de la salud se encuentra bloqueada frente a los grandes problemas de salud de nuestra época es principalmente porque ella se centra esencialmente en la tecnología médica y descuida los aspectos educativos. Porque cambiar comportamientos y crear actitudes favorables a la salud es educar, es una tarea educativa.

Hay que educar para la salud para poder salir del impasse en que se encuentra actualmente la atención de salud. Esto es verdad tanto en los países ricos como en aquellos más necesitados.

Pero hay que educar también a la población y a las autoridades políticas para que desarrollen, distribuyan y utilicen mejor los recursos sanitarios con que cuenta cada país. Ya hemos señalado la manera a menudo aberrante como se distribuyen los recursos médicos en la mayoría de los países. Y no se trata sólo de la distribución geográfica de ellos. Se trata también del destino que se da a los fondos que un país genera para cuidar la salud de su población. Generalmente la mayor parte de esos fondos se destina a la mantención de clínicas magníficamente equipadas, a la adquisición de aparatos caros y sofisticados, que prestan servicios especializados a escasos privilegiados, que permiten a unos pocos médicos selectos realizar actos especta-

culares y se niegan recursos a otras inversiones que darían resultados mucho más eficaces en términos de número de personas beneficiadas. Caricaturizando este problema, podríamos decir que si hay que elegir entre scanners y vacunas, ¡es más seguro que ganen los scanners! No hay manera de mejorar la distribución de los recursos sanitarios si no es informando y educando la participación comunitaria en las decisiones políticas y administrativas que se relacionan con la salud, preparando en ese campo a representantes de los medios de comunicación, reforzando los valores éticos que apuntan al bien común que deben estar presentes en la formación de los propios trabajadores de la salud.

Yo diría, además, que hay un imperativo ético en la necesidad de educar para la salud a los individuos y a los grupos que componen la sociedad. Si se acepta que es un derecho de cada niño el tener acceso a la lectura, a la escritura y, en general, a los conocimientos y habilidades que le permitirán comunicarse e integrarse a la sociedad, no veo por qué no constituiría también un derecho el tener acceso a los conocimientos y habilidades que pueden permitirle conservar y mejorar su propia salud y la de la comunidad en que vive. Esos conocimientos y habilidades no pueden ser el patrimonio exclusivo de un grupo de personas para que encuentren en ese privilegio una fuente de dinero y de poder. La vulgarización del saber científico sobre la salud es tanto una necesidad práctica como una obligación moral. Conservar la salud, es conservar la vida, y conservar la vida parece ser el primer mandamiento de todo ser vivo.

2. ¿QUE SALUD? ¿LA SALUD DE QUIEN?

Quizás todos creamos tener una idea más o menos clara de lo que es la salud y, muy probablemente, nos sorprendería constatar que nuestra propia definición puede ser bastante diferente de la de los demás. Como todo concepto abstracto, el concepto de salud está determinado por la cultura y sujeto así a una permanente evolución. Pero también cuentan las vivencias personales y el trabajo de reflexión que cada uno de nosotros haya efectuado en torno a la construcción de una definición propia de salud. El sentimiento de estar sano se basa en algunos elementos objetivos, pero, sobretodo, en dimensiones subjetivas difíciles de precisar. De cualquier modo "estar sano" no es lo mismo para un joven que para un viejo, para una mujer que para un hombre, para un trabajador intelectual que para un obrero, para un campesino que para un citadino, para un europeo que para un africano.

Sin embargo, nos hace falta compartir una noción común de salud si se trata de convertir el acceso a ella en una tarea de todos. Es necesario establecer una convención que oriente las políticas sociales de salud y los esfuerzos colectivos. Es decir, tendríamos que reconocer la relatividad de toda noción de salud y aceptar una definición que debería ser revisada con frecuencia.

Pensando en el individuo, la salud ideal tendría que tener un carácter integral. Ya en 1950 la OMS consideraba la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Cualesquiera que sean las críticas que se le hagan a esa definición, por ejemplo, su carácter más bien utópico, yo comparto la idea de que nadie está verdaderamente sano si no está totalmente sano. La concepción holística de la salud parece ser ampliamente aceptada por las autoridades sanitarias de todos los países.
También parece haber acuerdo en torno a la idea de que la salud, así como la enfermedad, son necesariamente sociales. Cada persona constituye un elemento dentro del cuerpo social. Un individuo enfermo es un órgano de la sociedad que está dañado. Así como una persona no está completamente sana si cualquiera de sus órganos funciona mal, ninguna comunidad está sana si cualquiera de sus miembros no lo está.

La salud que debemos buscar es la salud de todos, aún cuando nos veamos, a menudo, obligados a establecer prioridades.

Otras consideraciones nos obligan a ir aún más lejos. La salud es una condición de la vida humana. De la existencia de la vida en primer lugar. De la calidad de esa vida, igualmente.

La existencia de la vida humana está ligada a la existencia de la vida de las otras especies y a la conservación de condiciones favorables en el medio. Estamos inevitablemente ligados a las otras especies que comparten esta aventura de estar vivos, este viaje insólito en nuestro redondo navío espacial. De nuestros compañeros depende nuestra existencia: el alimento que comemos, el aire que respiramos, el agua que bebemos, todo. Y si algún día colonizamos la Luna u otro planeta, seguramente tendremos que llevar allí a muchos de esos seres que hoy nos acompañan en la Tierra, para poder seguir viviendo.

La calidad de nuestra vida está también condicionada por la existencia de esos compañeros. Si aumentan o disminuyen, si desaparecen o si, por el contrario, encontramos a otros que aún no conocíamos, en todos esos casos nuestra vida se ve afectada. No podemos, pues, hablar de salud sin darle a ese concepto una dimensión ecológica. Finalmente salud no es sino una manera de vivir en equilibrio con nuestro medio ambiente. Nuestra salud requiere la salud de la biosfera. Esta constatación nos obliga a revisar todo lo que hasta hace poco considerábamos como el campo de la salud pública.

La salud a la cual deberíamos aspirar, para la cual deberíamos educar, es, pues, una salud holística, integral, que considera a cada individuo en su totalidad física, mental y social, ligado indisolublemente a su medio físico, biológico y psicosocial. Es una salud colectiva, comunitaria y ecológica, resultado de un equilibrio inestable entre múltiples factores internos y externos, en cada individuo y en cada comunidad. Partiendo de esa concepción, las acciones de salud ya no pueden constituir la responsabilidad exclusiva de una categoría de técnicos sino que pasan a ser una tarea que todos debemos compartir. Ellas ya no pueden centrarse en los individuos sino que deben extenderse al medio donde ellos viven. Ya no pueden basarse únicamente en técnicas médicas sino que tienen que echar mano a otras técnicas y conocimientos.

3. ¿QUE EDUCACION PARA LA SALUD?

Hablamos de educar para la salud y creo que aquí, igualmente, se nos presentan algunos problemas. Es posible que casi todos estemos de acuerdo que educar es algo más que informar. Que la educación implica no sólo que el educando adquiera conocimientos nuevos, sino que consiste, además, en modificar sus actitudes y valores, y sobretodo, cambiar sus conductas. Eso no impide que, en la práctica, se siga confundiendo información con educación para la salud a un simple transvase de conocimientos del cerebro de los técnicos al de los mortales comunes.

Hay un problema en el hecho de que muchos de los que desean educar para la salud no se den cuenta de que educar consiste en poner en marcha un proceso complicado que requiere conocimientos y habilidades especiales. Educar a alguien es fácil y difícil a la vez, porque la gente aprende de todas maneras, pero no siempre lo que uno quiere que aprenda. Por otra parte, hay lugar a preguntarse con qué derecho podemos pretender que los demás sean como uno quiere que sean. Existen límites poco claros entre el terreno en el que pueden caber imposiciones sociales de conductas, inspiradas en el saber científico y orientadas hacia el

bien común y un indispensable territorio de decisiones personales dejadas al libre arbitrio de cada cual. Porque el saber científico cambia, porque la moral cambia, porque cambia con la cultura la importancia que tiene el individuo a lo largo de su vida en el seno de cada comunidad.

Quizás sea bueno, y sin querer entrar en un debate filosófico, aceptar que la libertad humana no existe, al menos de un punto de vista estrictamente material, puesto que estamos determinados biológicamente por leyes que regulan toda la biosfera. Mientras más pronto nos demos cuenta de ese hecho mejor será. Claro que existen otros determinismos, sociales, culturales, económicos, políticos, etc., nacidos de la vida en sociedad que, en general, tienden a conservar la estructura social. Ellos alienan, coartan la libertad, son obstáculos para muchas de las pulsiones destinadas a asegurar la existencia de cada individuo. Entre los demás seres vivos, al parecer, el individuo no cuenta. Lo que interesa es la supervivencia de la especie. Entre nosotros, los humanos, cada individuo es valioso y se deriva de eso la difícil tarea de compatibilizar sus intereses con los de la sociedad. No es fácil erradicar los diversos determinismos que coartan la existencia de cada persona. Los derivados de la biología son inevitables y aquellos que resultan de la vida en sociedad suelen ser arduamente defendidos por los grupos interesados en conservar las estructuras sociales que otorgan privilegios a algunos y desventajas a otros. Pero, en todo caso, cada individuo debe conocerlos, identificarlos, comprender sus mecanismos de acción y sus orígenes.

Muchos de los problemas de salud resultan de nuestra ignorancia de la biología y sus leyes. Otros, de la falta de comprensión de los mecanismos a través de los cuales la sociedad nos aplasta y nos aliena.

En otras palabras, la educación para la salud no debería ser normativa: "haz esto, no hagas aquello". Tampoco debería culpabilizar al educando: "ahí está el peligro; si caes, es tu culpa".

La educación para la salud en la escuela debería ser un trabajo emprendido en común por maestros, alumnos, padres de familia, técnicos de la salud y comunidad, destinado a asegurar la supervivencia de todos y cada uno y a mejorar la calidad de la existencia. Debería ayudar a cada individuo a desenvolverse con éxito en la intrincada red de relaciones que está obligado a establecer con sus medios físico, biológico y psico–social.

La educación para la salud debería ser liberadora en el sentido de crear conciencia de la realidad en que se vive, de sus riesgos, imposiciones y límites así como de los recursos, las ventajas y las posibilidades, la educación para la salud debería ser pragmática y hacer del saber científico una herramienta que permita a cada uno vivir mejor. Pero, sobretodo, la educación para la salud debería contribuir a desarrollar el amor y el respeto por la vida en todas sus formas, la solidaridad humana y la confianza en sí mismo.

4. ¿POR QUE LA ESCUELA DEBE EDUCAR PARA LA SALUD?

¿Para qué sirve la escuela? Ivan Ilich nos propone una sociedad sin escuelas.

La escuela sirve para guardar y vigilar a los niños mientras sus padres están ocupados en otras cosas.

Sirve, también, para adoctrinarlos e imbuirles los valores y normas de la clase dominante en cada país.

Se encarga, además de capacitarlos para ingresar al sistema productivo y, garantiza a la sociedad que los que

egresan del sistema de enseñanza han llegado a ser lo que sus diplomas dicen que son.

Todo eso es, desde luego, bueno y necesario. Sobre todo para los grupos que desean conservar intacta la sociedad.

Muchas veces alguna de esas funciones predomina, siendo más importante que las otras. A veces, lo ha sido la enseñanza de valores y normas, obviamente, impregnados de ideologías. Otras veces la función económica es la fundamental. Como en nuestra época: ya no se trata de formar ni creyentes, ni caballeros, ni hombres cultos. Hoy se trata de formar productores eficientes que sean a la vez consumidores entusiastas.

Generalmente, la escuela no educaba para la salud, salvo excepcionales iniciativas puntuales de uno que otro maestro inspirado. A pesar de que la educación para la salud figuraba casi inevitablemente entre los objetivos generales definidos en los planes de enseñanza de cualquier país: simple declaración de intenciones que rara vez llegaba a concretarse en objetivos específicos.

Sin embargo, ya lo hemos visto, hay que educar para salud.

¿Qué institución, mejor que la escuela, podría hacerlo?

¿Qué otra institución reúne a la mayoría de los niños y jóvenes, el grupo más maleable de nuestra sociedad, durante muchas horas cada día y durante muchos años, justamente con el propósito de formarlos? Actualmente los niños en edad escolar –y esa edad comienza temprano– pasan más tiempo con sus compañeros y maestros que con sus padres.

El sistema de enseñanza ha asumido cada vez nuevas funciones y responsabilidades. Es tiempo ya de que asuma la de educar para la salud como una función legítima. Tiene las oportunidades y los medios para hacerlo.

Obtener que las autoridades educacionales se den cuenta de ello ha costado mucho. Los sistemas de enseñanza son fortalezas difíciles de expugnar. Pero hoy la situación está cambiando. En muchos países los Ministerios de Educación y de Salud se han puesto de acuerdo para introducir la educación para la salud en los planes y programas de enseñanza. Es el caso de España, justamente.

5. ¿QUE ESCUELA?

Hablamos alegremente de educar para una salud holística, ecológica, social. Decimos que hay que lograr que el saber científico se vuelva instrumental para cada alumno y que éste aprenda a amar y respetar la vida y apreciar la salud. Proponemos que esa educación sea un proceso emprendido por la escuela y la comunidad... Pero, ¿de qué escuela estamos hablando? ¿Acaso no sabemos que casi en todas partes la escuela se encierra en su concha, se convierte en un mundo aparte, en una isla dentro de la comunidad? ¿No estamos, acaso, conscientes de que al sistema de enseñanza no le interesa mayormente formar personas sino que trata de fabricar piezas de repuesto para la máquina social? ¿Un saber científico para qué? ¿Cuántos de nosotros podemos explicar, por ejemplo, qué es la fotosíntesis, qué materiales requiere nuestro organismo, cómo funciona un televisor o por qué existen las estaciones? Lo hemos aprendido alguna vez, claro. Para pasar un

examen, pero no para comprender mejor el mundo en que vivimos. Nos hemos convertido poco a poco en robots hábiles para hacer los gestos que la maquinaria social exige y nos negamos a pensar más allá de lo que la rutina cotidiana nos exige. Se puede vivir, sin duda, sin saber qué es la fotosíntesis o cómo funciona el televisor. Al parecer, para vivir sólo se requiere aprender a apretar algunos botones, realizar una y otra vez una secuencia determinada de gestos, acomodarse a un engranaje que nos utiliza y nos somete. La escuela no pretende hacer de cada alumno un ser humano, imaginativo, creador y realmente consciente. Tampoco un hombre solidario y feliz. Ella sólo pretende formar entes que se integren eficazmente al sistema socio–económico y cultural, por un lado y por otro, seleccionar la élite que va a gobernar. Pero, educar realmente para la salud, exige una escuela diferente, un sistema de enseñanza que no sea sólo una máquina reproductora de una sociedad de robots conducida por una élite pensante, sino un campo de experiencias individuales y colectivas donde cada uno aprenda a vivir y a amar la vida, a conocerse y a conocer el mundo, a situarse frente a los demás y la sociedad, a pensar por sí mismos y ser autónomos, a desarrollar las habilidades que le permitan asociarse a los demás y encontrar el mejor lugar posible, según sus capacidades y aspiraciones, en la complicada estructura social.

Se habla actualmente de una escuela promotora de salud y se señala una serie de características que la definirían. Entre ellas:

- La escuela promotora de salud considera a la educación para la salud a través de todos los aspectos de la vida escolar y sus relaciones con la comunidad y no sólo en las actividades en el aula.
- Se basa en un modelo integral de salud que incluye las interacciones entre los aspectos físico, mental, social y el medio ambiente.
- Se centra en la participación activa de los alumnos a través de una amplia variedad de métodos que contribuyen a desarrollar habilidades.
- Reconoce que la salud de los alumnos está sometida a múltiples influencias y toma en cuenta creencias, valores y actitudes pre–existentes.
- Reconoce que existen habilidades y procesos que constituyen la base de todo mejoramiento de la salud y los incluye como objetivos del currículum escolar.
- Tiende a desarrollar en el alumno una imagen positiva de sí mismo, y a aumentar su capacidad de autocontrol, como elementos básicos de la promoción de una buena salud.
- Reconoce la importancia del medio ambiente físico y sus efectos fisiológicos y afectivos sobre los alumnos y el personal escolar.
- Ve la promoción de la salud en la escuela relacionada con el bienestar del propio personal escolar y reconoce el rol de ejemplo que éste juega frente al niño.
- Considera a los padres de los alumnos como un apoyo indispensable para la escuela en la promoción de la salud.
- Compromete a los servicios médicos escolares a participar en el programa educativo y a ayudar a los alumnos a utilizar mejor los recursos que ellos pueden ofrecer.

La escuela promotora de salud se abre a la comunidad, se integra a sus procesos y utiliza los recursos que aquella pueda ofrecerle asociándola a sus programas.

6. LA SITUACION ACTUAL

La preocupación por hacer que la escuela eduque también para la salud se empezó a manifestar en Europa

y en América del Norte poco después del fin de la primera guerra mundial. En los países en vías de desarrollo ese interés apareció alrededor de los años 50. Fueron, sin embargo, organismos internacionales vinculados a la Organización de Naciones Unidas los que dieron mayor impulso a esa idea.

En 1954, por ejemplo, un Comité de Expertos en Educación Sanitaria de la OMS destacaba las ventajas de educar para la salud a los escolares. En 1959, la OMS y la UNESCO formaron un Comité Conjunto de Expertos en la Preparación de los maestros en Educación para la Salud y en 1966 ese Comité publicó un libro titulado "Educación Sanitaria en la escuela". Esa obra, publicada en inglés, francés y castellano, ofrecía un marco que podía ser adaptado a las necesidades regionales de cualquier país.

En numerosas reuniones auspiciadas por organismos internacionales celebradas posteriormente se ha invitado a los gobiernos a incorporar la educación para la salud a los planes y programas oficiales de enseñanza y se les ha instado a que formen a los enseñantes para que éstos puedan abordarla. Particularmente importante ha sido, por ejemplo, la reunión celebrada en noviembre de 1991 en Ginebra, Suiza, en la que tres agencias de las Naciones Unidas, la OMS, la UNESCO y la UNICEF han reunido expertos en salud y educación de 16 países para discutir las estrategias recomendables para echar a andar programas integrales de Educación para la Salud y de Promoción de la Salud en las escuelas.

En 1990, en la Conferencia Europea de Educación para la Salud y Prevención del Cáncer en las escuelas, celebrada en Dublín, se había desarrollado ampliamente la noción de escuela promotora de salud. Pero ya se había hablado de una escuela promotora de salud en un Simposio celebrado en Peebles, Escocia, en 1986. A través de éstas y otras reuniones de expertos se ha llegado a establecer que, para que la escuela sea efectivamente promotora de salud, debe constituir un medio sano, tanto de un punto de vista físico como mental, debe disponer de un servicio eficaz de atención de salud para sus alumnos y su personal y debe educar para la salud.

Actualmente, en casi todos los países del mundo se están haciendo esfuerzos por incorporar la educación para la salud en los planes oficiales de enseñanza.
En España se ha avanzado muy rápidamente en el sentido de incorporar la educación para la salud a los planes y programas del sistema de enseñanza a partir del momento en que los Ministerios de Educación y de Sanidad se han puesto de acuerdo para hacerlo. Es verdad que mucho antes que se estableciera ese acuerdo, ya se estaban realizando muy numerosas experiencias de educación para la salud en escuelas españolas, a veces bajo forma de proyectos puntuales desarrollados gracias a iniciativas personales de algún maestro, ayudado o no por profesionales de la salud, otras, formando parte de programas más vastos emprendidos por autoridades regionales o autonómicas.

No sé en que medida se ha logrado que el medio ambiente escolar promueva efectivamente la salud en las escuelas españolas. Es posible que reste aún mucho por hacer en ese dominio. Tampoco estoy al tanto de la situación en lo que concierne a la instauración de un servicio médico y psicosocial escolar que asegure un nivel satisfactorio de atención de salud a todos los alumnos y maestros. Me imagino que aquí también queda camino por andar, a pesar de los evidentes esfuerzos que se han realizado en los últimos años. Pero el hecho de que la educación para la salud haya sido incluida en los programas escolares y se esté desarrollando un plan sistemático de capacitación de enseñantes constituye un avance importante. El programa de mínimos propuesto por el Ministerio constituye un marco flexible que deja libertad a cada Centro Escolar para elaborar su propio currículo, adaptado a las necesidades y recursos locales.

Ese marco confirma la existencia de una política definida en materia de educación para la salud y garantiza, en cierta medida, su estabilidad. Ello es importante, porque uno de los problemas más frecuentes que encuentra el desarrollo de la educación para la salud es la falta de continuidad de las acciones. Como una acción educativa rara vez obtiene resultados a corto plazo y esos resultados no suelen ser espectaculares es difícil que la opinión pública presione para que se inviertan recursos importantes en ese tipo de acciones o para que las acciones en curso sean mantenidas. Casi siempre producto de iniciativas aisladas, los proyectos de educación para la salud, que requerirían largo tiempo para dar sus frutos, suelen tener una existencia efímera marcada por la improvisación y la falta de recursos.

Sin embargo, la educación para la salud constituye una buena inversión. Desde hace algunos meses estoy trabajando de nuevo en Arica, una ciudad del norte de Chile, donde hace 30 años colaboré con un equipo de médicos, enfermeras, técnicos de higiene ambiental y maestros en un programa de educación para la salud que duró varios años. Se trataba entonces de movilizar a la población para mejorar las condiciones sanitarias del medio, cambiar hábitos de vida y sobre todo, prevenir las enfermedades diarreicas en los niños. Vinieron más tarde los años negros de la dictadura que desarticuló el Servicio de Salud estatal, suprimió la educación para la salud y facilitó el desarrollo de una atención médica privada centrada en lo curativo. Recién ahora, con el advenimiento de la democracia, se está tratando de reconstruir un sistema de salud que asegure atención también a los grupos más desfavorecidos de la población.

El caso es que hace dos años una epidemia de cólera brotó en el Perú . Ella se difundió rápidamente en todo ese país e invadió los países limítrofes: Chile, Bolivia y Argentina. Esa epidemia continúa extendiéndose.

El año pasado, en la ciudad peruana de Tacna, situada al sur del Perú se contabilizaron más de 600 casos de cólera. Sin embargo, en la vecina ciudad chilena de Arica, situada a pocos kilómetros, los casos de cólera sobrepasaron apenas la veintena. Pensamos que el trabajo educativo realizado hace 30 años está todavía dando frutos.

7. LOS PROBLEMAS

Ya hemos señalado lo importante que es el que la escuela sea un lugar sano y seguro y que exista un servicio de atención de salud escolar eficaz. Desde luego, si esas condiciones no se dan, tenemos ahí una grave limitación para el desarrollo de una acción eficaz y permanente de educación para la salud por parte de la escuela.

No vamos a ahondar en ese tipo de problemas cuya solución requiere inversiones a veces importantes de parte de los organismos públicos de salud o de educación. Pero señalemos de paso que las propias escuelas pueden luchar por alcanzar esas condiciones pidiendo ayuda a las comunidades de las que forman parte, recurriendo a otros organismos estatales o privados, etc. Ello podría ofrecer la ocasión para que la escuela entre en contacto con la comunidad y la movilice en torno a un proyecto común.

Nos referiremos especialmente a los problemas que encuentra el paso de la educación para la salud de los programas oficiales a su puesta en práctica.

Quizás si el primero de esos problemas es la actitud de los enseñantes. En general, son pocos los que se

muestran interesados por abordar la educación para la salud, y ésto por múltiples razones: consideran que ella no es de su incumbencia y no se sienten preparados para abordarla, estiman que educar un mayor esfuerzo no remunerado, no les interesa entrar en contacto con los profesionales de la salud, porque constituyen un personal extraño a la escuela que viene a inmiscuirse en su quehacer pedagógico sin tener la preparación adecuada, no quieren cambiar, se consideran sobrecargados, y tienen, a menudo, muchos otros problemas de orden personal o familiar que concentran su atención u ocupan totalmente su escaso tiempo disponible.

Es verdad que los enseñantes, en general, no están preparados para educar para la salud. Es absolutamente necesario que las escuelas formadoras del personal docente incorporen en sus curricula objetivos, contenidos y actividades destinadas a hacer de cada maestro o profesor un educador para la salud. Esto requiere revisar los programas de formación y disponer de profesores calificados en esa disciplina. Aquí, de nuevo, hay lugar para pensar que una buena colaboración entre los organismos de educación y salud podría contribuir a solucionar el problema. Los futuros egresados de los institutos de formación pedagógica tendrían así, se supone, una concepción más amplia de su rol y considerarían que educar para la salud forma parte normal de sus funciones.

Pero queda la ardua tarea de reciclar a los miles de enseñantes actualmente en funciones. Yo no sé como marchan los planes de formación permanente que se están desarrollando en España. Mi experiencia personal en ese campo es más bien decepcionante. Pocos maestros se suelen interesar por seguir cursos de capacitación en educación para la salud, a menos que en ello encuentren algún incentivo suplementario como ganar puntos para el currículum vitae u obtener alguna promoción. Ello no garantiza que, una vez alcanzado ese objetivo, se lancen efectivamente a educar para la salud.

En la práctica prefieren capacitarse en otras materias, como informática, didáctica de alguna de las disciplinas clásicas o técnicas modernas de comunicación. En algunos países las autoridades de salud han acordado subsidios especiales, premios o alguna otra ventaja material a las escuelas que emprenden proyectos de educación para la salud. Esa estrategia suele funcionar bien mientras dura la ayuda económica. Agotados los subsidios, esos proyectos desaparecen. En España, creo que es el Ministerio de Educación el que ha intentado ese camino. No sé con qué resultados.

Pienso que de todos modos hay que seguir intentando sensibilizar a los enseñantes a través de diversas estrategias, porque a pesar de la escasez de resultados, aquí o allá se logra interesar algún maestro excepcionalmente predispuesto que descubre en la educación para la salud un campo rico en satisfacciones profesionales a la vez que una visión nueva y regocijante de su función social.

Esos maestros constituyen los pilares de lo que será en el futuro un verdadero movimiento pedagógico de una auténtica educación para la vida.

Aquí quisiera destacar la importancia que reviste el contar con especialistas en educación para la salud en las estructuras intermedias del sistema de enseñanza. Coordinadores provinciales de educación para la salud, asesores regionales, o como quiera que se les designe, esos especialistas pueden promover constantemente a nivel de terreno actividades de sensibilización o de capacitación de enseñantes, proyectos escolares de educación para la salud, coordinación con los servicios de salud u otras instituciones públicas o privadas, etc. En mi opinión, la educación para la salud no se desarrollará ni en el sistema de enseñanza ni en el de salud si no existe un cierto número de educadores sanitarios profesionales, insertados en diversos niveles de la estructura de esos organismos, encargados de dinamizar la investigación, la planificación de acciones, la

puesta en marcha de programas y proyectos, la formación y supervisión del personal, la coordinación intra y extra institucional, la producción de materiales educativos, la utilización de los medios de comunicación de masas, etc. Es la única manera de dotar de un motor a la educación para la salud, de conferirle un nivel más profesional, de asegurar su continuidad y su perfeccionamiento.

La formación de esos especialistas y la creación de puestos de trabajo para ellos constituye un paso esencial si se quiere estimular el desarrollo de una educación para la salud realmente eficiente en el seno del sistema educacional. Ya en 1962 la OMS recomendaba la formación de educadores sanitarios profesionales y proponía las características que ella debiera reunir [1].

Creo que la capacitación en educación para la salud de los maestros en servicio habría que abordarla no bajo forma de cursillos teóricos, sino más bien como experiencias prácticas orientadas y llevadas a cabo dentro del marco de su propio trabajo cotidiano. Se podrían organizar talleres, dirigidos por especialistas de la educación sanitaria, en los que podrían participar no sólo todo el personal de una escuela, sino también profesionales de la salud, representantes de los APAS, otros miembros de la comunidad y representantes de los propios alumnos. En esos talleres se podría, por ejemplo:

- Establecer un diagnóstico de la situación de salud del centro escolar e identificar recursos a que se podría echar mano para mejorarla.
- Planificar acciones destinadas a mejorar esa situación de salud utilizando esos recursos.
- Preparar la puesta en práctica de esas acciones.
- Evaluar y establecer nuevos proyectos.

Esas actividades pueden dar origen a múltiples tareas que serían confiadas, unas a una clase completa con su maestro y otras, a miembros del equipo de salud o a personas de la comunidad:

- Revisar las condiciones de higiene y seguridad de la escuela y sus alrededores, identificando los riesgos.
- Realizar revisiones médicas y dentales de los alumnos.
- Realizar estadísticas o hacer estudios epidemiológicos sobre enfermedades y/o accidentes frecuentes.
- Desarrollar encuestas sobre: alimentación, creencias sobre la salud y la enfermedad, hábitos de higiene, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, etc. entre los propios alumnos, sus familias o la comunidad.
- Programar experiencias educativas globalizadas que involucren a alumnos, maestros, familias y comunidad. Por ejemplo, organizar una "semana de la salud", una "semana del medio ambiente", etc.
- Implementar proyectos a largo plazo que contribuyan a mejorar los conocimientos, las actitudes, los valores y los comportamientos relacionados con la salud. Por ejemplo, proyectos destinados a estimular la práctica de los deportes y la actividad física, a crear hábitos de higiene personal, de seguridad, de higiene alimentaria, a crear una mediateca de la salud, etc.

Otro de los problemas que dificultan la implantación de la educación para la salud en los establecimientos de enseñanza es la falta de coordinación con los servicios de salud.

Mientras los enseñantes no posean una base de conocimientos en salud que les permita sentirse seguros al abordar la educación para la salud, sentirán la necesidad de apoyarse en profesionales sanitarios. Personal-

(1) "Conferencia inter-regional OMS/OPS sobre la preparación post-universitaria de personal de salud en educación sanitaria". OMS. Serie Informes Técnicos n.º 278. Ginebra. 1964.

mente, no creo que sea indispensable que los maestros adquieran previamente un bagaje importante de conocimientos en materia de salud y enfermedad. No se trata de emular a los profesionales en ese terreno. Los conocimientos necesarios para afrontar inteligentemente los problemas de salud más frecuentes se buscan y se encuentran justamente en el trabajo educativo diario y los profesionales de la salud no son la única fuente disponible de informaciones. Pero están ahí, tienen una visión ya formada de la realidad sanitaria de la comunidad y algunos de sus objetivos pueden coincidir con los de la escuela.

Constituyen un recurso al cual la escuela puede echar mano en su tarea de formar individuos capaces de proteger, conservar y mejorar su salud.

Recordemos que a los profesionales de salud les interesa mejorar hoy el nivel de salud de la comunidad a la que sirven: rebajar las tasas de mortalidad y de morbilidad, disminuir los gastos curativos, reducir el absentismo en el trabajo por causa de enfermedad. A los maestros les interesa también mejorar hoy la salud del niño, para asegurar su rendimiento escolar, pero además, les debe interesar que el niño aprenda hoy a proteger y mejorar su salud mañana.

Generalmente han sido los agentes de salud los que han ido a golpear las puertas de la escuela para pedir cooperación. Se han dado cuenta que la educación es un instrumento esencial en la tarea de conservar y mejorar la salud de una comunidad y han comprendido la influencia que la institución escolar puede ejercer sobre aquella. Rara vez se ha dado la situación inversa: que sean los enseñantes los que van a los centros de salud a pedir ayuda de los técnicos para educar a los niños en un dominio que es fundamental.

El sentido común nos dice que no importa de dónde venga la iniciativa con tal que se obtenga que enseñantes y agentes de salud estudien juntos y decidan cómo pueden colaborar para que el niño viva sano hoy y desarrolle habilidades que le permitan vivir sano mañana. Mejor aún, se debería obtener que otras instituciones se asocien a esa tarea: las familias de los niños, los medios de comunicación social, otras organizaciones de la comunidad. y desde luego, los propios niños.

En la práctica hemos visto muchas veces que sanitarios y enseñantes se suelen contentar con un arreglo según el cual, de vez en cuando, un profesional de la salud tiene la ocasión de exponer frente a una clase un tema de salud que él considera importante. Suele encontrarse frente a un grupo de niños que no conoce, no motivados o indiferentes frente al tema, hablándoles en un lenguaje que ellos no entienden. A pesar de eso, suele pensar que está haciendo educación para la salud y el maestro de la clase queda satisfecho porque ha colaborado con los servicios de salud. De más está decir que esa experiencia no sirve mucho en cuanto a educar a los niños para la salud. No es a eso que debemos llegar. La educación para la salud en la escuela debe ser una experiencia de vida en la que los niños, los maestros, las familias y de alguna manera, la comunidad entera esté comprometida.

Es por eso que durante años hemos estado propiciando que las escuelas introduzcan en sus programas anuales el desarrollo de unidades globalizadas de enseñanza–aprendizaje abordando un tema vasto de salud. Esas unidades permitirían la participación de personas exteriores a la escuela, familias, agentes de salud y otros miembros de la comunidad en la planificación y desarrollo de proyectos y actividades destinadas a modificar aspectos de la realidad que tienen relación con la salud y, al mismo tiempo, den ocasión al aprendizaje de actitudes, valores, conocimientos y habilidades tanto en los niños como en los demás participantes. Hemos centrado esas unidades globalizadas de enseñanza–aprendizaje en torno a la celebración de una "semana de la salud" y de una "semana del medio ambiente", que debieran sacudir dos veces al

año a toda la escuela y a la comunidad que la rodea, sin perjuicio del desarrollo de un programa regular de educación para la salud.

Es a la organización de este tipo de actividades que debieran abocarse los Comités Mixtos de Educación y Salud que suelen crearse a distintos niveles de la Administración en virtud de acuerdos o disposiciones institucionales. Ello, sin descuidar, sin embargo, la implementación de servicios médicos escolares ni el mejoramiento o conservación de las condiciones sanitarias de las escuelas, no sólo desde un punto de vista físico, sino también socio–cultural. Porque en una escuela todo puede educar: desde el ejemplo que dan los maestros hasta el estado de los edificios e instalaciones, desde el clima afectivo reinante hasta la limpieza y estética de las aulas, patios y refectorios.

Se ha acusado a los médicos de haber "medicalizado" la salud. De habernos convencido de que no podemos vivir sin su ayuda y sus medicamentos. Es verdad que esa dependencia existe. Se ha llegado a decir que toda persona sana es un enfermo que se ignora. Hay una irritante aun cuando sutil dominación de una clase profesional sobre el conjunto de la población.

Creo que debemos "desmedicalizar" la salud. Ella debe ser una tarea de todos. La salud es una manera de vivir que cada uno debe negociar con su medio ambiente, directamente, sin mediadores. Debemos aprender a reconocer los riesgos, nuestras posibilidades y nuestras limitaciones . Y pedir la ayuda de los técnicos sólo cuando ella haga realmente falta. Nuestra salud la debemos administrar nosotros mismos.

He pensado muchas veces que sería necesario crear en cada comunidad una "Escuela de Salud" abierta a todos. Por ejemplo, dependientes de cada Ayuntamiento. Una escuela donde el equipo enseñante estuviera constituído por educadores y técnicos de la salud asociados. Una escuela que enseñara a los padres sobre cómo cuidar y educar a sus hijos para la salud, que capacitara maestros, que educara a quienes lo demanden sobre la higiene de la reproducción, la planificación familiar, la nutrición, el ejercicio físico y el reposo, la prevención de accidentes y violencias, el saneamiento y la protección del medio, la identificación de riesgos ambientales, la higiene de los alimentos, la higiene del trabajo y la prevención de enfermedades profesionales, la prevención del abuso de drogas y medicamentos, y tantos otros temas de salud. Una escuela que organizara permanentemente cursos, cursillos, jornadas, talleres, seminarios, conferencias, sesiones de cine, exposiciones, etc., destinados a padres de familia, enseñantes, manipuladores de alimentos, obreros, dirigentes comunitarios, adolescentes, y, en general, a todos aquellos que pudieran interesarse por aspectos de la salud.

Pienso que una escuela así podría contribuir grandemente a cambiar la actitud de la población frente a la salud y con ello a solucionar, al menos en parte, muchos de los problemas que hoy la aquejan.

En todo caso, me propongo tratar de echar a andar ese proyecto en la ciudad donde actualmente trabajo.

Conseguir que el sistema de enseñanza promueva la salud plantea, desde luego, muchos otros problemas y no pretendemos abordarlos todos en esta ya prolongada exposición. Pero quisiera mencionar de paso otra dificultad que suelen encontrar los enseñantes sinceramente comprometidos con la educación para la salud.

Hablamos de abrir la escuela a la comunidad y de hacer participar a ésta en las actividades escolares. Ello puede parecer lógico y fácil. No obstante, muchos enseñantes pueden decir que la comunidad no está ahí, al exterior de la escuela, esperando con ansias que se le llame a colaborar. ¿Cuántas veces los maestros que

están aquí presentes no han vivido la experiencia de invitar a los padres de sus alumnos a una reunión y encontrarse a la hora fijada con apenas tres o cuatro personas en vez de las 20 ó 30 esperadas? Tres o cuatro personas que suelen ser siempre las mismas. Ello resulta particularmente frustante si se considera que el maestro ha sacrificado su tiempo en preparar la reunión y ha pospuesto sus actividades privadas, ya que esas reuniones se deben realizar fuera del horario escolar.

No, las comunidades no están preparadas ni dispuestas a comprometerse en un trabajo extraordinario que, en su entender, no les compete. Los enseñantes son pagados para enseñar. Pues, que lo hagan.

Hay, pues, toda una tarea a realizar por delante para lograr que la comunidad se asocie y participe con la escuela en un plan común de educación de los niños. Hay que educar a la comunidad para ello, lo que demanda un trabajo lento, largo, paciente y empecinado. No imposible, puesto que siempre hay esas tres o cuatro personas que constituyen la base y la principal ayuda.

Aquí, como en todo trabajo social, lo fundamental es la calidad de las relaciones que se establecen entre el cuerpo de enseñantes y los miembros de la comunidad y sus líderes. Tiene que nacer una confianza mutua, una cierta complicidad al calor del trabajo en común. Y los miembros de la comunidad participantes deben ganar un cierto protagonismo, un reconocimiento social por su colaboración que la escuela puede facilitarles.

En el fondo, la participación de la comunidad en tareas de educación y de salud públicas, así como en muchas otras actividades de la vida social, es un asunto político más que una decisión técnica. Si se quiere que esa participación sea real y efectiva, habrá siempre que ceder poder. Los técnicos y las instituciones que hablan de estimular la participación popular lo tienen que tener muy claro.

Creo que conviene dosificar cuidadosamente el esfuerzo y el tiempo que deben invertir una parte y la otra en las experiencias de participación de la comunidad en tareas escolares. Por eso pienso que la organización de una o dos unidades de enseñanza–aprendizaje globalizadas en torno a un tema de salud, que yo he llamado la "semana de la salud" y la "semana del medio ambiente", a realizar cada año, son ocasiones suficientes como para ir, poco a poco, acostumbrando a la comunidad a participar en la educación para la salud de los niños de acuerdo a un plan escolar científicamente concebido. Esas actividades, limitadas en el tiempo, deben, evidentemente, ser complementadas por otras acciones rutinarias inscritas en el programa de cada Centro Escolar.

Pero, en ese dominio, Uds. ya tienen, sin duda, una buena experiencia.

Para terminar, quisiera referirme a una idea que, de algún modo se me aparece como un telón de fondo de toda esta discusión sobre la institución escolar y su rol en el campo de la salud.

Me refiero a la necesaria constatación de que la realidad es una sola. Nos han acostumbrado desde siempre a ver al mundo parcelado, dividido en compartimientos estancos, dominios perfectamente delimitados y precisos. La economía, la política, la religión la educación, la salud, la justicia, el trabajo, la ciencia, el arte, y así... Pero esas separaciones son gratuitas. Todos los límites son ambiguos y es difícil precisar dónde y cuándo se cruzan las fronteras. Es cierto que las clasificaciones nos ayudan a comprender al mundo, pero no debemos olvidar que ellas son artificiales. Detrás de esas convenciones está el mundo real donde todo cambio repercute de una u otra manera sobre la totalidad de lo existente.

Hay algo de alarmante en esa constatación, puesto que, de algún modo los límites, por artificiales que sean, nos dan seguridad. Tenemos, sin embargo, que tomar conciencia de la unidad de lo real.

Ello nos permitirá, no sólo comprender que la salud es una manera de vivir que la educación puede, en gran medida, propiciar. Nos permitirá, también, comenzar a darnos cuenta de qué modo estamos insertos en el complejo sistema del mundo y de cuáles son los determinismos que nos gobiernan.

Quizás sea utópico pedirle a la escuela que nos enseñe a ser felices. Pero pidámosle, al menos, que nos deje imaginar. Es la única capacidad exclusivamente humana con que nos ha dotado la evolución y en ella reside toda posibilidad de libertad.

MESA REDONDA:

Estrategias para la prevención de los accidentes en el medio escolar

Los accidentes en la infancia: Análisis de la situación en la Región de Murcia y detección de factores de riesgo

Dr. D. A. Cervantes Pardo
Pediatra del Centro de Salud de Santomera. Murcia

En los últimos años, debido al aumento del nivel de salud de los pueblos, se han producido importantes cambios en los problemas de salud infantil. Hemos visto como se ha logrado controlar a las enfermedades infecciosas y a los trastornos nutritivos. En cambio los accidentes se han convertido en la verdadera plaga del siglo XX y aunque afectan a todas las edades son una importante amenaza para los niños.

Frente a ésto hay que tener presente que aunque reina una cierta sensación de "fatalismo", que propugna que los accidentes son inevitables en los niños, disponemos de una serie de estrategias que aplicadas en paises de marcada tradición en cuidados a la salud, han mostrado una notable eficacia en la disminución del número de lesiones accidentales en niños y con ello los costes que éstas llevan consigo.

Por ello es muy importante el conocimiento real de la situación actual y del número de lesiones accidentales que se producen en cada región, así como la aplicación de medidas preventivas dirigidas desde un programa regional que pueda aunar los esfuerzos de todos los sectores que se relacionen con este importante problema de salud.

En la actualidad los accidentes infantiles son la primera causa de muerte en los niños entre 1-14 años en los paises desarrollados. Esto lo podemos aplicar a la Región de Murcia (TABLA I).

Si analizamos los accidentes que provocan las muertes en la región, vemos que los accidentes de tráfico son la causa de la mitad de ellas (TABLA II) y en la mayor parte de los casos el niño era un peatón atropellado. Le siguen en importancia las muertes ocasionadas por el fuego y los ahogamientos en agua.

Pero este número de muertes ¿son muchas? o ¿son pocas?

Si pensamos que la mayor parte de ellas podrían haberse evitado si se hubiesen tomado las medidas preventivas oportunas, son excesivas.

Si comparamos nuestras cifras con las que se dan en otros paises y con las de otras regiones de España nos podemos hacer una idea de nuestra situación actual.

España presenta unas cifras sorprendentemente bajas de muertes por accidentes infantiles sobre todo si pensamos en los escasos recursos que se dedican a este tema. Son menores que las de EE.UU. y superan a los de Suecia (GRAFICA I) país puntero en la prevención de los accidentes infantiles.

El número de muertes por accidentes ocurrido en la Región de Murcia en 1989 parece superior a lo ocurrido en otras regiones (TABLA III).

Aunque las cifras de muertes por accidentes son altas, afortunadamente la mayor parte de los accidentes infantiles originan lesiones menores.

Se calcula que por cada accidente mortal se producen otros 200-800 no mortales, pero también de 1-5 lesiones que dejan algún tipo de invalideces permanentes.

En la Encuesta nacional de salud de 1987 se recoge que en nuestra región el 12,7% de los niños entre 1-15 años (1 x cada 8 niños de esa edad) habían tenido un accidente en el último año. Solamente la comunidad valenciana refería un porcentaje más alto.

Aproximadamente una cuarta parte de las asistencias a niños de 0 -7 años en Servicios de urgencia de la S.S. y puertas de hospitales de nuestra región en 1986 fueron por causa de accidentes infantiles. También produjeron 1/8 de los ingresos hospitalarios y 1 de cada 4 de los ingresos en la única UCI-pediátrica de la Región.

Aunque no poseo datos sobre costes producidos por accidentes infantiles para nuestra región, éstos se suponen enormes, ya que:

- Los costes sanitarios por invalideces, hospitalizaciones, tratamientos y asistencias en servicios de urgencias son muy elevados. Solamente la Clínica Jiménez Díaz calculó un coste de 20 millones de pesetas por causa de asistencias a niños de 1-14 años accidentados en 1982.

- Son causa de gran número de pérdidas de horas de trabajo de los padres y alteraciones del medio familiar importantes.

- Además son fuente de absentismo escolar. En EE.UU. se calcula que los accidentes son la causa de la pérdida de escolaridad del 17,6% de días x año en menores de 5 años y 31,5% en los de 6-16.

En distintos estudios se han encontrado características comunes en la producción de los accidentes infantiles:

1. La edad más común en que se producen los accidentes infantiles es entre 1-4 años.

2. Los tipos de accidentes producidos están relacionados con el desarrollo psicomotor del niño.

3. Los niños se accidentan más que las niñas sobre todo en edades superiores por sus patrones de juego y comportamiento.

4. Son más frecuentes los accidentes, sobre todo los ocurridos fuera de las casas con el buen tiempo.

5. Los niños se suelen accidentar con más frecuencia durante sus juegos, hay 2 horarios típicos: alrededor de las 13 horas y entre las 16 y 19 horas.

6. Los accidentes y sobre todo los más graves predominan en medios socioeconómicos bajos.

7. Los niños más pequeños se accidentan más dentro de las casas. Al menos 1/4 parte de los accidentes de niños entre 5-14 años suceden en la escuela, camino a ella o en actividades escolares. Son frecuentes los accidentes durante actividades deportivas y durante competencias o peleas infantiles.

8. La mayor parte de los accidentes infantiles producen lesiones leves y con frecuencia resulta afectada la cabeza.

Sin embargo, cuando se estudian los accidentes que ocurren en una región podemos obtener ciertos datos característicos de esa zona, que nos pueden ser útiles para emprender actuaciones preventivas. En el analisis que realicé de 3.344 accidentes ocurridos en la Región de Murcia en 1986, identifiqué ciertas peculiaridades:

1. Que las madres murcianas solían encargarse de la supervisión de los niños y que los accidentes más graves se produjeron cuando el niño estaba solo, con otros niños o con otros familiares.

2. Falta educación sanitaria respecto al tema y se producen frecuentes errores en los primeros auxilios.

3. Existían muchos accidentes ocurridos durante el juego "en las calles". Ello habla de la benignidad de nuestro clima y de la carencia de espacios apropiados para el juego.

4. Ciertos accidentes como las quemaduras o accidentes de bicicletas sucedían por igual durante todo el año.

5. El problema más serio que detecté en mi estudio fueron los atropellos de jóvenes peatones, frecuentes en las cercanías de la capital.

6. Son frecuentes las lesiones de niños transportados como pasajeros de motos o bicicletas.

7. Aún se producen lesiones por el uso de braseros de leña.

El conocimiento del número y características de los accidentes que suceden en una zona en un período determinado de tiempo no es tarea nada fácil, ya que los datos de mortalidad los obtenemos de las estadísticas oficiales, pero no suelen registrarse datos de los accidentes menos graves que también son importantes para conocer bien el problema. Para ello es decisiva la colaboración de los que tratamos con niños cuando se nos solicita rellenar informes sobre accidentes ocurridos en nuestro medio. Solo así podremos:

- Conocer la magnitud del problema.

- Sensibilizar a la opinión pública y a los políticos para que se tomen las medidas oportunas.

- Conocer los factores de riesgos medioambientales que favorecen la producción de accidentes en cada lugar.

- Comprobar la efectividad de las medidas preventivas que se adopten.

Es bastante difícil predecir cuándo y cómo se va a accidentar un niño proximamente, pero cuando en un entorno coexisten distintos factores se facilitan los accidentes infantiles. Existen varios esquemas para comprender como se producen los accidentes.

En 1948 GORDON tuvo el mérito de considerar a los accidentes como cualquier enfermedad infecciosa. Así el accidente estaba causado por un AGENTE (fuente de energía generalmente vehiculizada por algún objeto) que favorecida por el MEDIO AMBIENTE propicio incidía sobre el HUESPED: el niño, produciendo una lesión. Si se actúa sobre cualquiera de ellos disminuye la frecuencia y gravedad de lesiones.

Es quizá más interesante la ecuación de seguridad de GUSTAFSSON, que considera que debe existir un equilibrio entre los riesgos ambientales y los riesgos psicosociales que favorecen los accidentes, compensado por la educación en los niños más mayores o supervisión en los más pequeños, si aumenta el primer componente o disminuye el segundo será más probable que se produzca el accidente.

Repasemos más detenidamente cada uno de los factores implicados en el accidente infantil para conocer situaciones de riesgo que predisponen a los accidentes infantiles.

El primero es EL AGENTE

Si aplicamos medidas que hagan más seguras las fuentes de energía que habitualmente producen los accidentes infantiles, disminuirá la frecuencia y gravedad de las lesiones accidentales. Un ejemplo, serían los elementos de juego en un patio de un colegio (columpios, toboganes....) Si no se adoptan ciertas medidas de seguridad (evitar aristas cortantes, asientos de goma ....) se favorecerán los accidentes en ese entorno.

El siguiente factor es EL NIÑO

Este posee características que lo hacen más propenso a los accidentes:

- De tipo físico, como son:
  - Menor resistencia física y orgánica.
  - Menor dureza de la piel lo que agrava la gravedad ante una quemadura.
  - Centro de gravedad desplazado más alto que en el adulto lo que explica la frecuencia de lesiones de la cabeza.
- De tipo psíquico, como:
  - Característica de su comportamiento: tendencia a la distracción, despreocupación por el riesgo, falta de experiencia.....
  - Motivación: Curiosidad, imitación...
  - Competencias: Que es lo que comentábamos que según cada edad existían unos riesgos. La adopción por padres y educadores de una serie de medidas según cada edad vienen en el "Calendario de seguridad".
  - Algún autor ha preconizado que existen ciertos niños con tendencia a accidentarse. Esto no es del todo aceptado. Parece que la repetición de accidentes en un determinado niño puede deberse más bien a circustancias medioambientales desfavorables que si se corrigen cesan los accidentes.

El tercero es EL MEDIO AMBIENTE.

Los factores medioambientales, están claramente implicados en la producción de accidentes.

Existen factores de tipo psicosocial. Se han constatado mayor número de accidentes en niños de familias problemáticas o cuando existen cambios en el medio familiar: divorcios, problemas económicos, enfermedad... En general las situaciones de estrés.

Existen factores ambientales de tipo físico, como son la falta de uso de protecciones como el casco, cansancio, incumplimiento de normas, la mala situación del tráfico o viaria y el mal estado de mantenimiento de los vehículos en los accidentes de tráfico.

La falta de supervisión en niños pequeños y carencia de educación para la seguridad en los más mayores favorecería los accidentes. Supervisión y educación serían dos factores protectores.

El interés de los estudios sobre los accidentes infantiles es planificar medidas concretas de prevención. Existen varias estrategias de demostrada eficacia en la lucha contra los accidentes infantiles, como son:

1. La EPIDEMIOLOGIA, que proporciona estudios que dan a conocer la magnitud del problema en una zona determinada y sensibilizan a la población y autoridades sanitarias para que tomen las medidas oportunas.

2. La LEGISLACION que hace obligatorias ciertas normas eficaces para reducir el número y gravedad de los accidentes y que solamente unos pocos ya usaban (un ejemplo sería la obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad).

3. La EDUCACION. Conforme aumenta la edad del niño el papel de la supervisión va decreciendo en importancia mientras se incrementa el valor de la experiencia y la educación. Se trataría, por lo tanto, de que progresivamente el niño fuese desarrollando hábitos y actitudes con las que enfrentarse con nuevos riesgos y situaciones de peligro. Por ello es importante que padres y maestros hayan estado educados en este aspecto.

4. La COORDINACION INTERSECTORIAL. En la lucha contra los accidentes infantiles deben participar distintos profesionales: médicos/as, enfermeros/as, maestros/as, epidemiólogos/as, abogados/as, técnicos/as..... Se comprende fácilmente la importancia de crear comites multidisciplinarios que fomenten el trabajo en equipo de funcionariado y profesionales dependientes de muy distintos organismos y ministerios.

TABLA I. MUERTES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES EN NIÑOS DE 1-14 AÑOS EN LA REGION DE MURCIA. (1989-1991)

AÑO	TOTAL DE MUERTES	NUMERO DE MUERTES POR ACCIDENTES
1989	**87**	**48**
1990	**71**	**22**
1991	**54**	**24**
TOTAL	**212**	**94**

Fuente de datos: Estadísticas básicas de mortalidad en la Región de Murcia. Consejerías de Sanidad y Trabajo.

TABLA II. ANALISIS DE LOS TIPOS DE ACCIDENTES QUE OCASIONAN MUERTES EN LA REGION DE MURCIA EN NIÑOS DE 1-14 AÑOS. (1989-1991)

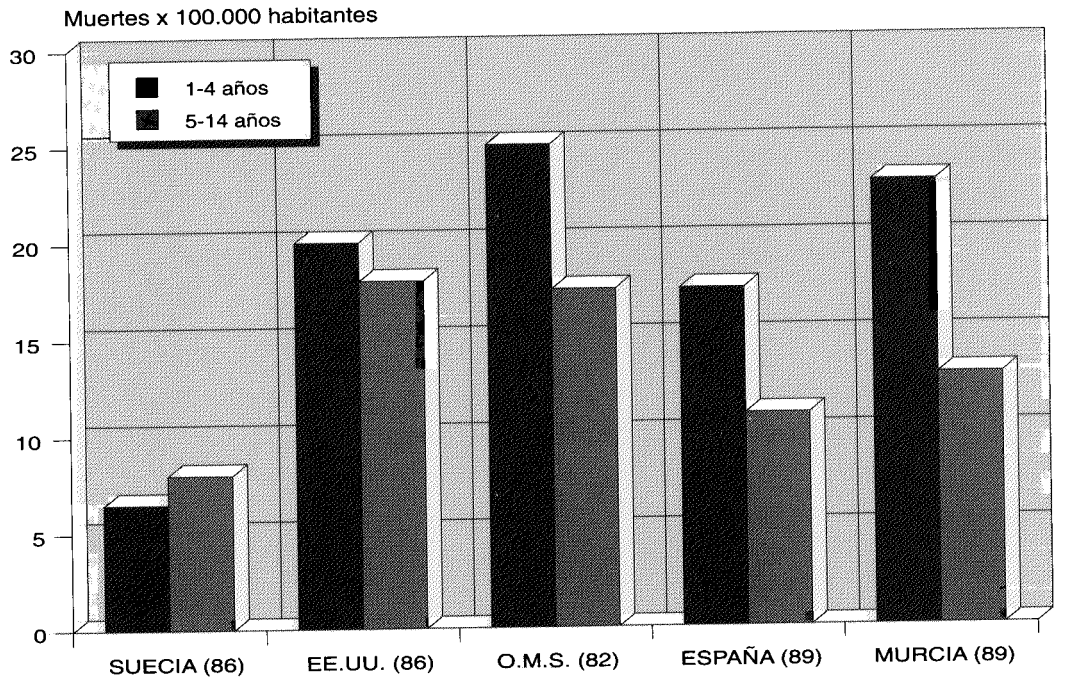
ACCIDENTES DE TRAFICO	**46**
FUEGOS	**10**
AHOGAMIENTOS EN AGUA	**9**
SOFOCACIONES	**4**
INTOXICACIONES	**6**
CAUSA NO ESPECIFICADA	**3**
CAIDAS	**4**
ELECTRICIDAD	**1**
FERROCARRIL	**1**
VIOLENCIAS	**10**
TOTAL	**94**

Fuente de datos: Estadísticas básicas de mortalidad en la Región de Murcia. Consejerías de Sanidad y Trabajo.

TABLA III. MORTALIDAD POR ACCIDENTES INFANTILES EN DIFERENTES REGIONES DE ESPAÑA. 1989

	TOTAL DE MUERTES POR ACCIDENTES		POBLACION DE REFERENCIA	
	1 - 4	4 - 14	1 - 4	4 - 14
ESPAÑA	260	550	1.738.940	5.781.958
ANDALUCIA	41	97	377.008	1.156.387
ARAGON	3	15	44.631	152.773
CASTILLA/LEON	17	38	99.170	335.344
CATALUÑA	26	68	238.359	843.787
GALICIA	25	45	106.184	387.706
MADRID	21	54	218.392	739.415
VALENCIA	26	49	172.147	583.227
PAIS VASCO	5	26	79.635	298.660
MURCIA	17	31	57.080	173.594

GRAFICA I. TASAS DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES INFANTILES EN DIFERENTES PAISES Y MURCIA.



Fuente de datos: Manclaux R (85), Bergman A (91), I.N.E. (89).

Estrategia educativa en la prevención de accidentes en el medio escolar

Pilar Miranda López
Pedagoga. Dirección Provincial del M.E.C. Murcia

En la búsqueda de soluciones a los problemas de salud, se viene considerando a la educación para la salud (EpS) como estrategia imprescindible e instrumento ineludible en la prevención de la enfermedad (actuación sobre factores de riesgo) y promoción de la salud (hacer a las personas responsables de su salud y capacitarlas para actuar sobre los determinantes de la misma). En esta línea, tanto Organizaciones (ONU, UNESCO, OMS) como Tratados y Acuerdos Internacionales (Carta de Derechos del Hombre, Carta de Derechos del Niño,...) recogen la educación sanitaria como un derecho y los paises adheridos a estas Organizaciones y Tratados desarrollan este derecho en su Carta Magna, como es el caso de España que lo hace en el artículo 43 de la Constitución, que posteriormente ha tenido su desarrollo en la Ley General de Sanidad (1986) y la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (1990). En este mismo sentido debemos mencionar que en una consulta hecha a la Oficina Europea de la OMS (junio, 1987) afirmó que la educación es una estrategia vital para alcanzar la estrategia de Salud para todos en el año 2000.

Por otra parte, la evolución del concepto de salud, y el reconocimiento de los factores que la determinan, está propiciando el cambio hacia sistemas promotores, en los que la salud no está sólo en manos de los servicios sanitarios que centran su actividad en la curación de la enfermedad, sino que se concibe como un recurso para la vida del que cada persona o grupo son responsables. En esta nueva concepción la educación para la salud (EpS) se concibe desde un modelo de competencia personal y social, competencia que puede aprenderse. Y se mira a la escuela como el lugar donde se puede hacer realidad este aprendizaje, constituyéndose en el ámbito prioritario de intervención.

Siendo los accidentes infantiles uno de los problemas de salud más importantes en nuestros dias, por su trascendencia, gravedad y vulnerabilidad, la educación para la salud se considera pilar básico de la prevención, junto a la legislación, la epidemiologia y la coordinación interinstitucional.

Importancia de la escuela en la promoción de la seguridad y la prevención de accidentes

Se debe considerar desde una doble perspectiva:

1. Por ser el lugar, después del hogar, donde los niños y niñas pasan más tiempo diariamente, por lo tanto, además de procurar que el entorno escolar sea lo más sano y seguro posible, es necesario hacer a los niños y niñas conscientes de los riesgos que tienen en el uso despacios y objetos, así como propiciar el aprendizaje del comportamiento a seguir en aquellas acciones que puedan ser en mayor o menor medida peligrosas.

2. La función de la escuela como recurso social esencial para educar. Y en cuanto institución que tiene como finalidad la educación integral de los niños y niñas, se justifica la inclusión de la educación para la salud porque

el pleno desarrollo de la personalidad de los alumnos y alumnas (educación integral), debe incluir necesariamente aprendizajes para la vida, entre los que se deben contemplar los dirigidos a la adquisición de conceptos, procedimientos y actitudes que fomenten la salud, como recurso necesario para acceder al bienestar.

Además, de por los fines de la institución escolar y la educación, que justifican por sí mismos el tratamiento de la educación para la salud en la escuela, la importancia del ámbito escolar en la promoción de la seguridad y la prevención de accidentes, o en general la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad viene dada por:

La edad de los niños y niñas que asisten a la institución escolar, es la más importante al no haber conformado sus hábitos, actitudes y universo de valores.

El tiempo de escolarización incluye los intervalos de edad en que las medidas son más efectivas. Los estilos de vida que promueven salud deben aprenderse en la infancia antes de tener problemas de salud.

Se dispone de un periodo de tiempo prolongado que permite plantearse objetivos a medio y largo plazo.

La organización escolar permite establecer procesos de enseñanza-aprendizaje estructurados, globalizados y significativos.

El interés de diversas instituciones y colectivos en la escuela y la participación en sus órganos de decisión de todos los miembros de la comunidad escolar, permite plantearse intervenciones globales para el fomento de la salud dentro y fuera del centro escolar.

La escuela pública es un escuela comprensiva, en un sentido amplio (Husen, 1988), la obligatoriedad de las etapas comprendidas entre los seis y los dieciséis años hace que se integren en ella, en principio, todos los niños de una determinada zona. Ejerce una función compensadora, al aspirar a ofrecer las mismas oportunidades de formación sin distinción de clases sociales y actúa como mecanismo compensador de las desigualdades de origen social y económico. Así, al ofrecer educación para la salud, da la oportunidad a todos de acceder al bienestar y calidad de vida que se puede conseguir con el aprendizaje de comportamientos saludables y de habilidades para intervenir sobre los determinantes de la salud y mejorar el medio.

Los profesores son profesionales especializados en educar, con facilidad pueden aprovechar las continuas oportunidades que ofrece la escolarización para fomentar un estilo de vida saludable.

La promoción de la seguridad y prevención de accidentes en el medio escolar

Frecuentemente las intervenciones de Educación para la Salud se parcelan por temas, que se suelen centrar en alguno de los diez puntos que incluye el denominado "currículo de Educación para la Salud" (YOUNG,I. y Williams,T; 1989), entre los que se encuentra el referido a seguridad y prevención de accidentes, incluyendo primeros auxilios. Esta división es lógica y necesaria porque ni todos los temas pueden tratarse de la misma forma, ni todos los problemas son igual de importantes en todos los sitios, ni en todos confluyen los mismos factores o circunstancias. Sin embargo, siempre debemos tener presente que nuestro fin es ayudar a los niños y a las niñas a comprender que el comportamiento individual y colectivo puede ser una fuerza para el bienestar, y a propiciar la adquisición de las capacidades necesarias para decidir sobre su salud y la de su

comunidad. Estos objetivos deben ser inseparables a los de cualquier núcleo temático.

Desde la promoción de la seguridad y la prevención de accidentes debemos plantearnos estrategias dirigidas a enseñar a los alumnos y alumnas el uso adecuado de objetos y espacios, y paralelamente facilitar la adquisición de hábitos de autoprotección, actitudes de valoración hacia el propio cuerpo, la seguridad personal y del entorno, que indudablemente van a conducir a la meta final: considerar la salud como un valor y decidir sobre ella, que no es sino adquirir un poder sobre la propia vida. Desde esta perspectiva, **los aprendizajes dirigidos a promociónar la seguridad y a prevenir los accidentes deben formar parte de la estrategia global de Educación para la Salud.**

En la promoción de la salud, en general, y en la prevención de accidentes y promoción de la seguridad, en particular, intervienen diversos elementos, muchos de ellos externos, no ajenos, al ámbito escolar (legislación, coordinación interinstitucional,...). Solamente nos referiremos a aquellos que están implicados en el proceso educativo. Consideraremos la importancia del currículum oculto, el papel de la familia y la comunidad en general y el currículum establecido de Educación para la Salud, como elementos esenciales en la construcción de escuelas "promotoras de salud" (YOUNG,I. y Williams, T; 1989).

Elementos que condicionan el desarrollo de la Educación para la Salud en en ámbito escolar

El currículum oculto

La escuela propicia una serie de aprendizajes que no están especificados en el currículum, transmite una serie de valores que no están escritos en ningún programa, pero que están implícitos en su organización general y condicionan, tanto o más que la enseñanza planificada, el proceso de enseñanza-aprendizaje. Estos procesos vienen determinados por las actitudes y preconcepciones pedagógicas y sociales del profesorado y por el sistema de roles e interacciones que se generan en todos los centros.

La "cultura" de cada escuela se manifiesta en el ambiente general, en las normas de disciplina aceptadas sin estar claramentes establecidas, en las relaciones formales e informales de todos los miembros de la comunidad educativa. Todos estos elementos afectan a todo el proceso educativo, teniendo especial incidencia en la adquisición de hábitos, actitudes y valores.

Para el abordaje de la Educación para la Salud es fundamental clarificar todos los aspectos que lo configuran, es necesario explicitar las creencias y actitudes del profesorado hacia la salud, analizar su concepción de la educación y la educación para la salud, las normas no explícitas, las relaciones. En resumen, analizar todo el sistema de valores de la escuela con respecto a la salud y todos los elementos que inciden en ella. Este análisis y clarificación permitirá planificar la acción y evitar resultados no previstos o no deseados.

De cara a plantearnos objetivos para promocionar la seguridad y la prevención de accidentes no debemos olvidar, por ejemplo:

La importancia de la relación entre los alumnos y las alumnas que normalmente quieren responder a las expectativas de sus compañeros y compañeras, y con sus comportamientos quieren afianzar la imagen que pueden tener de ellos y consolidar su integración en el grupo de iguales. La repercusión que este aspecto tiene

en la educación para la salud es muy importante, porque esto les lleva a adoptar en ocasiones conductas de riesgo. En el caso de los accidentes podemos referirnos, a modo de ejemplo, a los que adoptan el papel de bromistas en el grupo o los asumen su papel de atrevidos o valientes, sin calibrar en ninguna de sus acciones el riesgo que pueden entrañar para ellos y para los otros.

Otro factor a tener en cuenta, con respecto a los jóvenes en la adquisición de hábitos nocivos, es su necesidad de experimentar sensaciones nuevas, muchas de ellas prohibidas o que entrañan la emoción del riesgo.

En educación para la salud es fundamental considerar las concepciones que el profesorado tiene de la educación y de la salud. Y en consecuencia, las actitudes, formas de comportarse y relacionarse, que en definitiva es lo que va a tener influencia en el desarrollo social del alumno. El profesorado tiene un papel ejemplar y la adquisición de determinadas pautas de comportamiento y actitudes va a estar condicionada por los modelos adultos próximos o importantes.

Las instalaciones escolares, tanto con su estado de conservación, como la decoración, la limpieza, la dotación de servicios higiénicos, y por supuesto la seguridad de los espacios, tienen una influencia muy importante para la EpS. Porque además de mostrar la actitud de los adultos hacia su mantenimiento y mejora , deben ser utilizadas como elementos didácticos, aprovechando lo que se tiene e implicando a la comunidad escolar en el cambio hacia lo que les gustaría tener.

La formulación de las normas del Centro en términos positivos potenciarán las buenas relaciones entre profesores y alumnos y ayudarán a consolidar la comunidad escolar. Debemos considerar que tiene más valor educativo mostrar directrices positivas, que plantear siempre las reglas desde "lo que no se debe hacer".

En el caso de los accidentes debemos tener en cuenta que la prevención no está en la prohibición de realizar todas las actividades que pueden entrañar peligro, sino en que los alumnos y alumnas sean conscientes del riesgo y adquirir aquellas pautas de comportamiento que lo eliminen o disminuyan. De lo contrario nos expondremos a crear en ellos sensaciones de miedo y angustia, que pueden reducir su campo experiencial.

La relación con la familia y la comunidad

Otro elemento que da carácter a la escuela es el contexto social en el que se sitúa. Y puesto que la educación es una responsabilidad compartida de padres y educadores, la relación escuela-familia va a determinar como se va a desarrollar el proceso educativo. Los profesionales de la educación pueden comprobar día a día esta realidad y verificar la correlación entre ambiente familiar y adaptación/rendimiento escolar.

En la práctica, sin embargo, esta colaboración resulta escasa y frecuentemente problemática. Se podrían apuntar varios motivos a esta situación: poca tradición participativa, poco poder decisorio en los órganos de gobierno, hacer a la escuela responsable única de la educación, dificultad para coordinar el tiempo del profesorado y la familia,... La realidad es que existe muy poca comunicación y no se puede concebir la educación para la salud sin la participación de las familias en el proyecto común de formar hábitos, actitudes y valores. Las familias y la escuela deben estar de acuerdo en lo que los niños deben aprender y ofrecerles pautas de actuación coherentes.

La dificultad, fundamental, estriba en unificar los puntos de vista. Los padres tienen sus propias creencias, valores y actitudes con respecto a la salud y se necesitaría un proceso de análisis y de formación conjunta de profesorado y familia, situación quizás un poco utópica en el momento actual.

Además de las relaciones de información mutua de las familias con el centro y de la participación en los órganos colegiados oficiales (Consejo Escolar de Centro), la colaboración puede hacerse a través de estructuras concretadas en comisiones de trabajo, en las que además de padres, profesores, y si procediera, alumnos, en el caso de salud podrían integrarse miembros del Equipo de Atención Primaria de la zona y otros representantes de la comunidad.

El papel de otras instituciones y profesionales se encuentra aquí, en el trabajo con las familias y en emprender actuaciones que complementen el proceso iniciado en la escuela. Existen instituciones y asociaciones en todos los municipios y barrios (centros culturales, centros de la mujer,...) que debidamente organizadas y coordinadas pueden emprender intervenciones coherentes con las que se planteen en las escuelas.

Es importante resaltar el papel de los Equipos de Atención Primaria, por el apoyo técnico que pueden aportar a los educadores y educadoras y las oportunidades que tienen de incidir en las familias. Habida cuenta de que en la realización de estas tareas cumplen algunos de los objetivos de promoción y prevención que se les plantean desde su organización.

La propuesta y el desarrollo curricular

Los objetivos del nuevo Sistema Educativo hacen hincapié en el desarrollo de todas las capacidades básicas que intervienen en una visión integral del desarrollo del ser humano, entre ellas se expresan las relacionadas con el desarrollo corporal y el campo de la salud.

Así, el nuevo currículum incluye la educación para la salud de forma directa en todos sus elementos: objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación de cada uno de los niveles, etapas y ciclos. Y prescribe que sea tratado como un tema transversal a lo largo de toda la escolaridad. Por otra parte su carácter abierto y flexible, permite introducir todos aquellos aprendizajes que la comunidad escolar considere necesarios en su realidad, y por tanto todos aquellos que puedan tener relación con la salud.

Nuestra propuesta no puede ser otra que la **señalada por la LOGSE**, porque si bien puede entrañar al principio algunas dificultades metododógicas, **la educación para la salud solamente puede ser abordada desde la transversalidad.** Su inclusión responde a la exigencia social de mejorar la calidad de vida, intrínsecamente unida a la salud, además de contribuir al desarrollo integral de la persona. En ella inciden múltiples elementos por lo que no puede ser abordada unilateralmente y requiere una colaboración con el medio por su estrecha vinculación con la realidad social. De este modo son tranversales porque:

Abarcan contenidos de varias disciplinas, y solamente pueden abordarse desde su complementariedad.

Deben ser asumidos por el conjunto de los enseñantes ya que están presentes en gran parte de los contenidos escolares.

Trascienden el estricto marco curricular y deben impregnar la totalidad de las actividades del centro, eso implica que hay que organizar el centro y ofrecer modelos de actuación para evitar que el currículum oculto se imponga al explícito.

Los objetivos y contenidos de la promoción de la seguridad y la prevención de accidentes se incluyen dentro de los objetivos y contenidos de educación para la salud, sin embargo en todas las etapas existen objetivos y contenidos referidos específicamente a este tema. Intimamente relacionada con la prevención de accidentes está la educación vial, que aparece por sí misma como tema transversal, a pesar de su importancia no se debe concebir separada de la educación para la salud. El Ministerio de Educación y Ciencia lo justifica en base a su importancia, esta separación es artificial, en tanto que los objetivos de la educación vial se engloban dentro de los de EpS.

La propuesta de enseñanzas mínimas establecidas por el Ministerio de Educación y Ciencia se concreta en diferentes niveles, siendo el primero el propio currículum obligatorio, establecido por la administración educativa competente (M.E.C. o Autonomías con transferencias en educación) (fig.1).

El segundo nivel de concrección lo constituye el Proyecto Curricular de Centro, cuya definición depende del currículum y del Proyecto Educativo de Centro.

El tercer nivel serían las programaciones de aula y el cuarto las programaciones individualizadas que tratan de adaptar el currículum a las peculiaridades de los alumnos, preferentemente a los menos o más dotados.

La Educación para la salud en los distintos niveles de concrección curricular

El primer nivel de concrección, es decir el currículum queda definido en la LOGSE (art.4) como el "conjunto de objetivos, contenidos, métodos pedagógicos y criterios de evaluación de cada uno de los niveles, etapas, ciclos, grados y modalidades del sistema educativo que orienta la práctica docente". Como ya se ha expuesto anteriormente, las EpS y la promoción de la seguridad y prevención de accidentes forma parte de cada uno de sus elementos.

Antes de hablar del segundo nivel de concrección, el Proyecto Curricular de Centro (PCC), es necesario además de analizar el currículum prescrito tener en cuenta el Proyecto Educativo de Centro (PEC).

¿Qué es el Proyecto Educativo del Centro?

Lo podemos definir como "una propuesta integral para dirigir un proceso de intervención educativa en una institución escolar". Por su contenido es un instrumento para la gestión que enumera y define las notas de identidad del Centro, formula los objetivos que pretende y expresa la estructura organizativa de la institución. Por lo tanto debe reflejar un conjunto de decisiones obtenidas consensualmente por parte de la comunidad educativa y que son prioritarias a partir del ánalisis del contexto. A grandes rasgos el P.E.C. debe responder a las preguntas: ¿quiénes somos, qué queremos y como nos organizamos? (fig. 2).

Para responder a la primera pregunta, debemos hacer un análisis del contexto en el que estamos situados, este ánalisis debe dirigirse a todos los elementos que conforman la institución escolar: alumnado, familias,

FIGURA 1. NIVELES DE CONCRECCION CURRICULAR

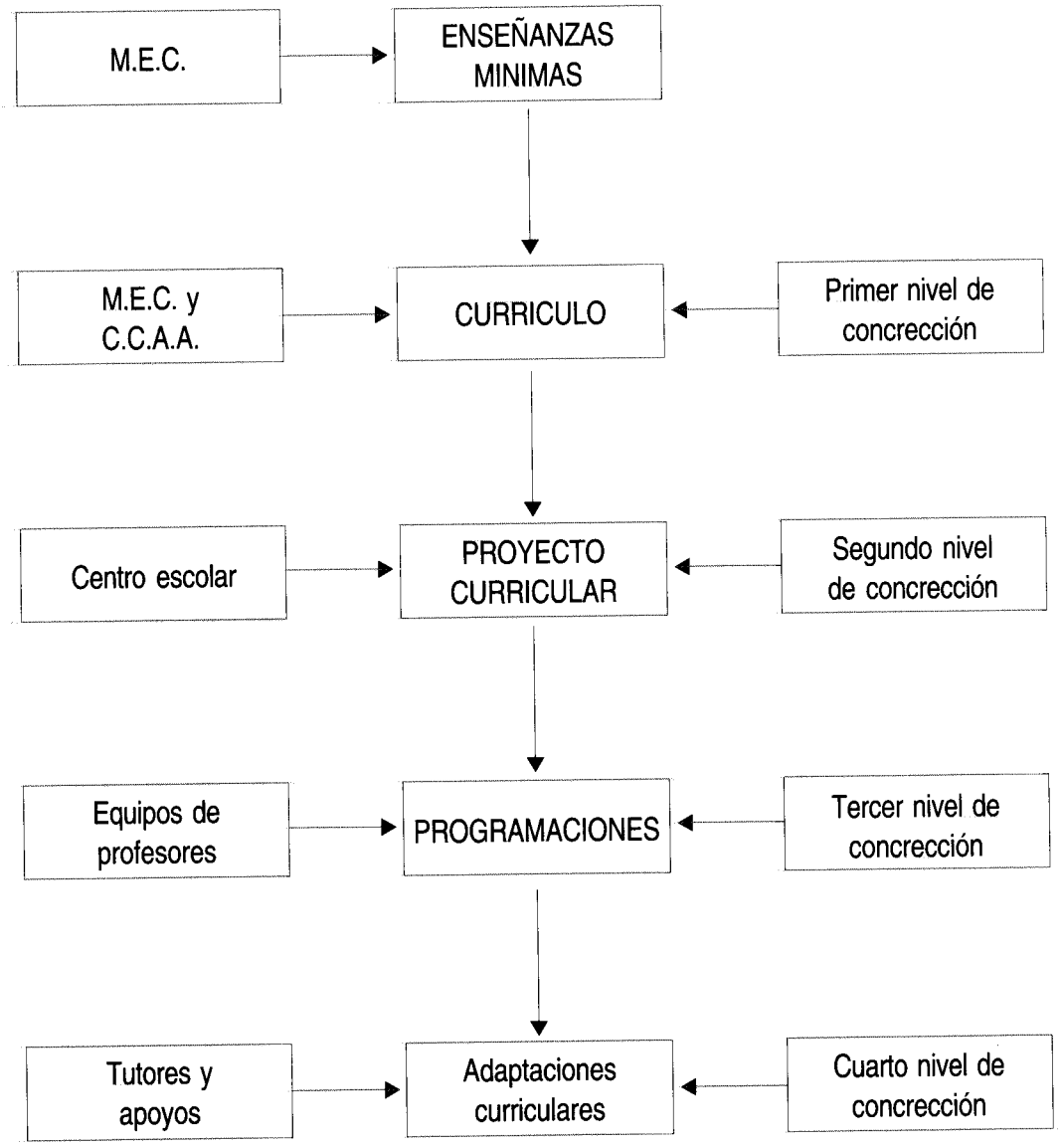
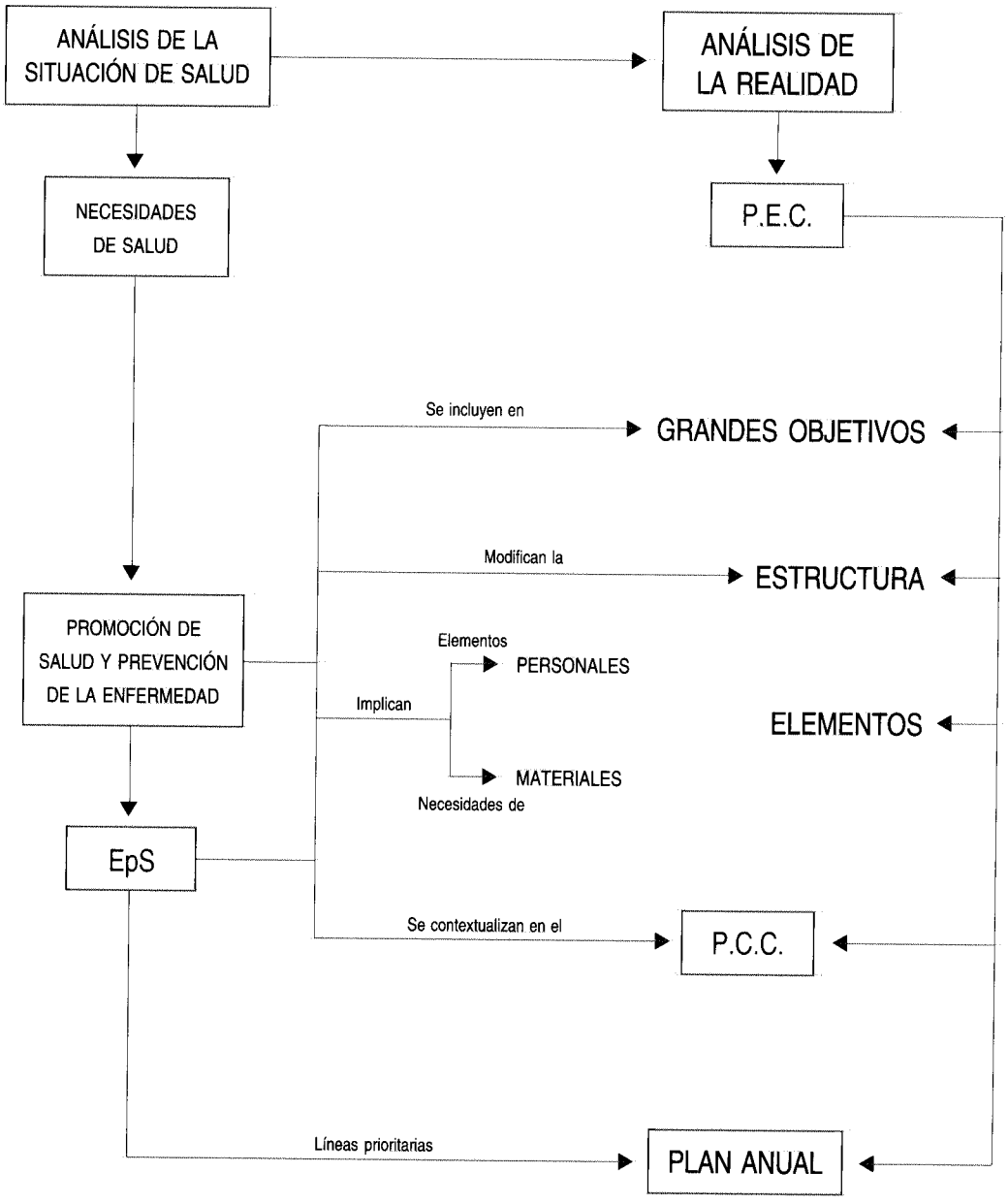


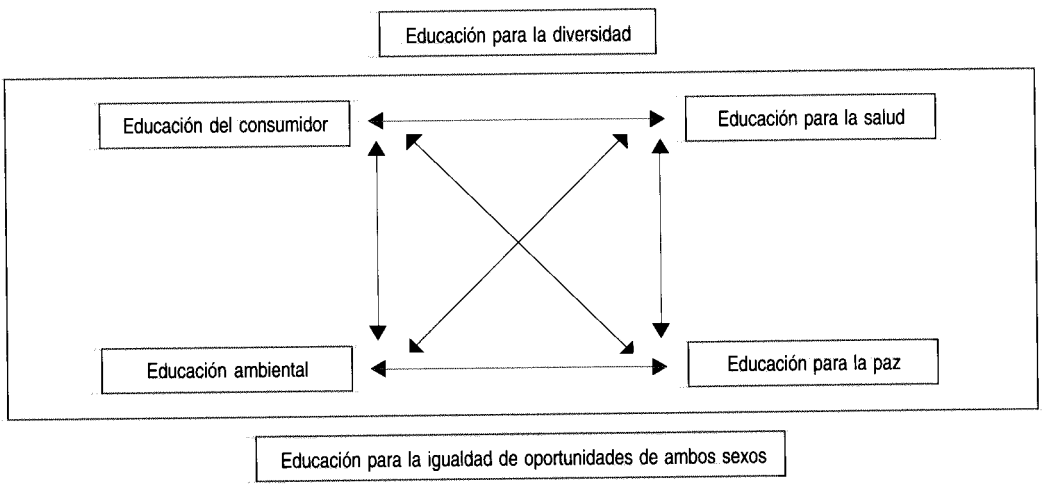
FIGURA 2. PROYECTO EDUCATIVO DE CENTRO Y EDUCACION PARA LA SALUD



profesorado, entorno, instituciones. Los datos obtenidos nos servirán para definir las intenciones educativas del centro y dar prioridad a unos temas transversales sobre otros.

En este punto es necesario apuntar que la priorización de un tema transversal no elimina al resto, todos están fuertemente relacionados, todos tienen un fuerte contenido actitudinal. Buscan la sensibilización personal y colectiva para proteger y promocionar la salud, la calidad de vida y evitar la degradación del medio ambiente, la degradación de sectores o grupos, etc. Precisan de unos contenidos conceptuales y de unas habilidades que ayuden a tomar decisiones sobre cómo hay que actuar y cuáles son las consecuencias de nuestras acciones. Todos ellos pretenden enseñar a vivir en un mundo complejo, imperfecto, lleno de situaciones contradictorias con influencias y presiones de diferente signo. (fig. 3).

FIGURA 3. INTERRELACION DE LOS TEMAS TRANSVERSALES



Una vez definidas las señas de identidad del centro es necesario concretarlas en finalidades educativas, que volvemos a repetir deben recoger los propósitos de la comunidad educativa con respecto a los valores que subyacen en los temas transversales.

Pongamos por caso, que nos encontramos con una escuela cuyo finalidad es convertirse en "promotora de salud" porque entienden que este término engloba los valores de todos los temas transversales. Tras el análisis de la situación se determina que los accidentes de los alumnos, fuera y dentro del centro, constituyen un grave problema y deciden actuar; para ello se marcan un objetivo prioritario en el Proyecto Educativo de Centro: ***Promocionar la seguridad en el medio escolar y desarrollar en los alumnos hábitos de autoprotección.*** *Esto determinará que cuando se revisen los objetivos generales de etapa, aquellos que se refieran a la salud y cuidado del cuerpo deberán matizarse, por ejemplo, con expresiones como:*

En nuestro centro se impulsarán sobre todo las acciones encaminadas a:
conocer y valorar el propio cuerpo
conocer los factores de riesgo de accidentes dentro y fuera de la escuela
analizar las conductas de riesgo para nuestra seguridad y la de los demás
conocer y respetar las normas de circulación

La intención de hacer una escuela "promotora de salud" debe contemplarse necesarialmente en el P.E.C.y ser asumido por el conjunto de la comunidad educativa. La definición de un fin que pretende alcanzar condicionará una serie de decisiones encaminadas a su logro: actitudes saludables que se van a adoptar en el centro; *los tipos de relaciones que se establecerán con los padres, los centros de salud y las instituciones locales; las condiciones de seguridad,* limpieza y estética del centro; el equilibrio de los menús y el control de la normativa sobre alcohol y tabaco; las prioridades de los problemas de salud en la zona; *el modelo de organización participativa del centro,...*

Un modelo organizativo, para promocionar la salud, y por tanto la seguridad en la escuela sería la formación de **comisiones de salud**, en las que además de la comunidad escolar deberían estar representadas las instituciones que comparten objetivos de promoción de salud con la escuela, como es el caso de los Equipos de Atención Primaria, y las que por sus competencias pueden condicionar su desarrollo, por ejemplo las instituciones municipales.

En el caso de la promoción de la seguridad y la prevención de accidentes, en el P.E.C., podrían establecerse los siguientes acuerdos mínimos:

Los profesores:

Se responsabilizarán de transformar estas intenciones en decisiones del Proyecto Curricular y de programaciones de aula.

Los padres:

Se responsabilizarán, buscando la colaboración que estimen oportuna, de promover acciones para que padres y madres conozcan los riesgos de producción de accidentes en el hogar, la calle y la escuela y colaboren con el centro en la tarea de hacer responsables a todos los niños y niñas de su seguridad.

Colaborarán activamente en todas las acciones dirigidas a mejorar la seguridad del espacio escolar y del entorno.

Los representantes de la administración local:

Se responsabilizarán del mantenimiento de las instalaciones, velando porque se cumplan las normas que garanticen la seguridad del alumno en la escuela y en la calle.

Los profesionales sociosanitarios del Equipo de Atención Primaria:

Prestarán apoyo tècnico a los profesores e información sobre los accidentes más frecuentes y los factores que los producen. Así mismo, deben facilitarles los conocimientos precisos para actuar en caso de accidente.

Informarán a las familias de los factores que predisponen a la producción de accidentes.

Informarán , a la comunidad escolar y las instituciones competentes de las condiciones de seguridad de los centros y colaborarán con la comunidad escolar , si fuera necesario, en su mejora.

Informarán en el Consejo de Salud de Zona de aquellas situaciones de riesgo de accidente para los niños y niñas e instará al mismo a su solución.

El PEC debe recoger también la distribución de recursos humanos y materiales destinados a los fines propuestos. La distribución de espacios y horarios para realizar actividades fuera del aula, distribución de responsabilidades, adquisición de materiales, recursos del centro o de otras instituciones.

Por ejemplo, en la promoción de la seguridad y prevención de accidentes, se pueden contar con diferentes instituciones: programas de educación vial de Ayuntamientos. bomberos, programas de autoprotección escolar de las Direcciones Generales de Protección Civil, ...La intervención de estos recursos debe estar planificada , en primer lugar para definir su utilidad didáctica y después porque es necesario coordinar los horarios y espacios escolares con la disponibilidad de los demás profesionales.

El Proyecto Curricular de Etapa

Es el proceso de toma de decisiones por el cual el equipo docente de una etapa educativa determinada establece, tomando como referencia el currículo básico, el Proyecto Educativo de Centro y la propia práctica docente, una serie de acuerdos para llevar a cabo el proceso de enseñanza y aprendizaje de forma coherente. Las decisiones a tomar serán: ¿Qué enseñar?, ¿cuándo enseñar?, ¿cómo enseñar?, ¿qué, cómo y cuándo evaluar? y señalar las medidas de atención a la diversidad (figura 4).

La educación para la salud, y la promoción de la seguridad y prevención de accidentes, aparece en los objetivos generales de todas las etapas y en algunas áreas. La intensidad de la presencia de la EpS varia de unas áreas a otras, apareciendo de forma explícita en los objetivos y contenidos de Identidad y Autonomía Personal en Educación Infantil, , en Educación Fisica y Conocimiento del Medio de la Educación Primaria; Ciencias de la Naturaleza, Educación Física y Ciencias Sociales, Geografía e Historia, de la Educación Secundaria Obligatoria.

Los objetivos deben jerarquizarse en base a las intenciones o finalidades señaladas en el Proyecto Educativo. Si la escuela se ha definido como "promotora de salud" y como objetivo prioritario promocionar la seguridad, los objetivos de las etapas y de las áreas deben matizarse en ese sentido (fig. 5). De forma horizontal los objetivos deben secuenciarse de forma significativa (fig. 6).

Los contenidos deben estar seleccionados en base al desarrollo de las capacidades seleccionadas. Dado que los contenidos de Educación para la Salud están integrados en las áreas curriculares, para tomar decisiones de organización y secuencia de los mismos, los criterios serán los mismos que los contemplados para las áreas. Es decir, tener en cuenta el desarrollo evolutivo y los aprendizajes previos de los alumnos, la coherencia lógica de los contenidos y la continuidad y progresión.

Las características propias de los temas transversales y el peso que tengan en cada proyecto curricular pueden aconsejar diferentes formas de organización y secuenciación de objetivos y contenidos. Pueden utilizarse como eje vertebrador para organizar los contenidos o bien incluidos dentro de otros ejes. Por ejemplo, podríamos organizar todo el área de conocimiento del medio en torno a la educación para la salud o bien introducir contenidos de EpS en cada uno de los ejes en los que se estructuran el resto de las áreas. En cualquier caso, siempre hay tener en cuenta que los temas transversales deben impregnar el currículum.

FIGURA 4.

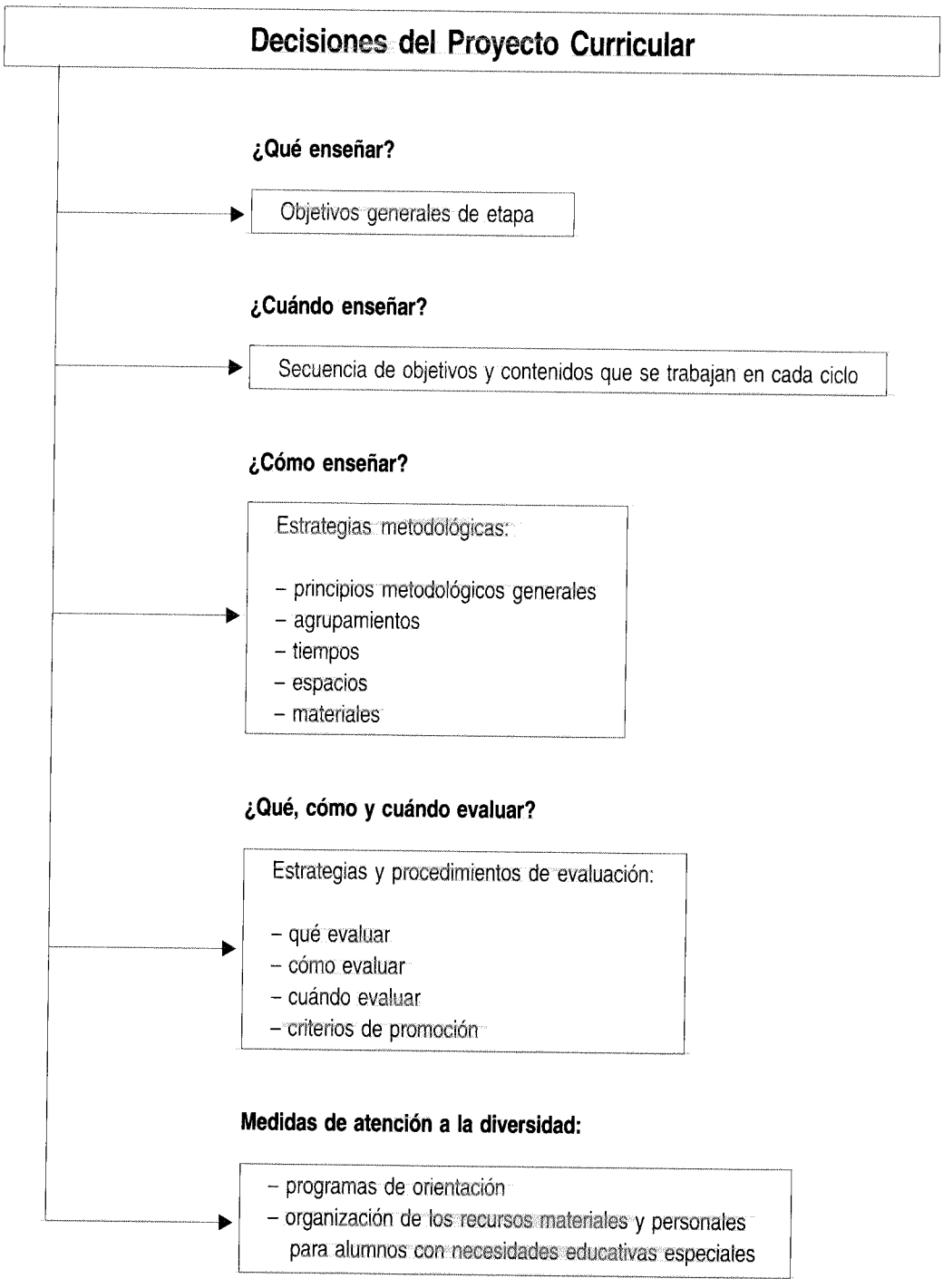

Decisiones del Proyecto Curricular
¿Qué enseñar?
Objetivos generales de etapa
¿Cuándo enseñar?
Secuencia de objetivos y contenidos que se trabajan en cada ciclo
¿Cómo enseñar?
Estrategias metodológicas:
– principios metodológicos generales
– agrupamientos
– tiempos
– espacios
– materiales
¿Qué, cómo y cuándo evaluar?
Estrategias y procedimientos de evaluación:
– qué evaluar
– cómo evaluar
– cuándo evaluar
– criterios de promoción
Medidas de atención a la diversidad:
– programas de orientación
– organización de los recursos materiales y personales para alumnos con necesidades educativas especiales

FIGURA 5. JERARQUIZACION VERTICAL DE LOS OBJETIVOS

FINES EDUCATIVOS

- *La valoración del propio cuerpo y el de los demás.*
- *La adquisición de hábitos de autoprotección.*
- *La capacitación del alumno para conocer y evitar los riesgos del ambiente.*

OBJETIVOS GENERALES DE LA EDUCACION PRIMARIA

- *Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo adoptando hábitos de salud y bienestar y valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida.*
- *Comprender y establecer relaciones entre hechos y fenómenos del entorno natural y social. Contribuir activamente, en lo posible, a la defensa, conservación y mejora del medio ambiente.*

OBJETIVOS GENERALES DE LAS AREAS CURRICULARES DE LA EDUCACION PRIMARIA

CONOCIMIENTO DEL MEDIO

- *Comportarse de acuerdo con los hábitos de salud y cuidado corporal que se derivan del conocimiento del cuerpo humano de sus posibilidades y limitaciones, mostrando una actitud de aceptación y respeto por las diferencias individuales.*
- *Identificar los principales elementos del entorno natural, analizando sus características más relevantes, su organización e interaciones y progresando en el dominio de ámbitos espaciales cada vez más complejos.*

EDUCACION ARTISTICA

- *Expresarse y comunicarse produciendo mensajes diversos, utilizando para ello los códigos y formas básicas de los distintos lenguajes artísticos, así como sus técnicas específicas.*

EDUCACION FISICA

- *Adoptar hábitos de higene, de alimentación, de posturas y de ejercicio físico, manifestando una actitud responsable hacia su propio cuerpo y de respeto a los demás, relacionando estos hábitos con los efectos sobre la salud.*

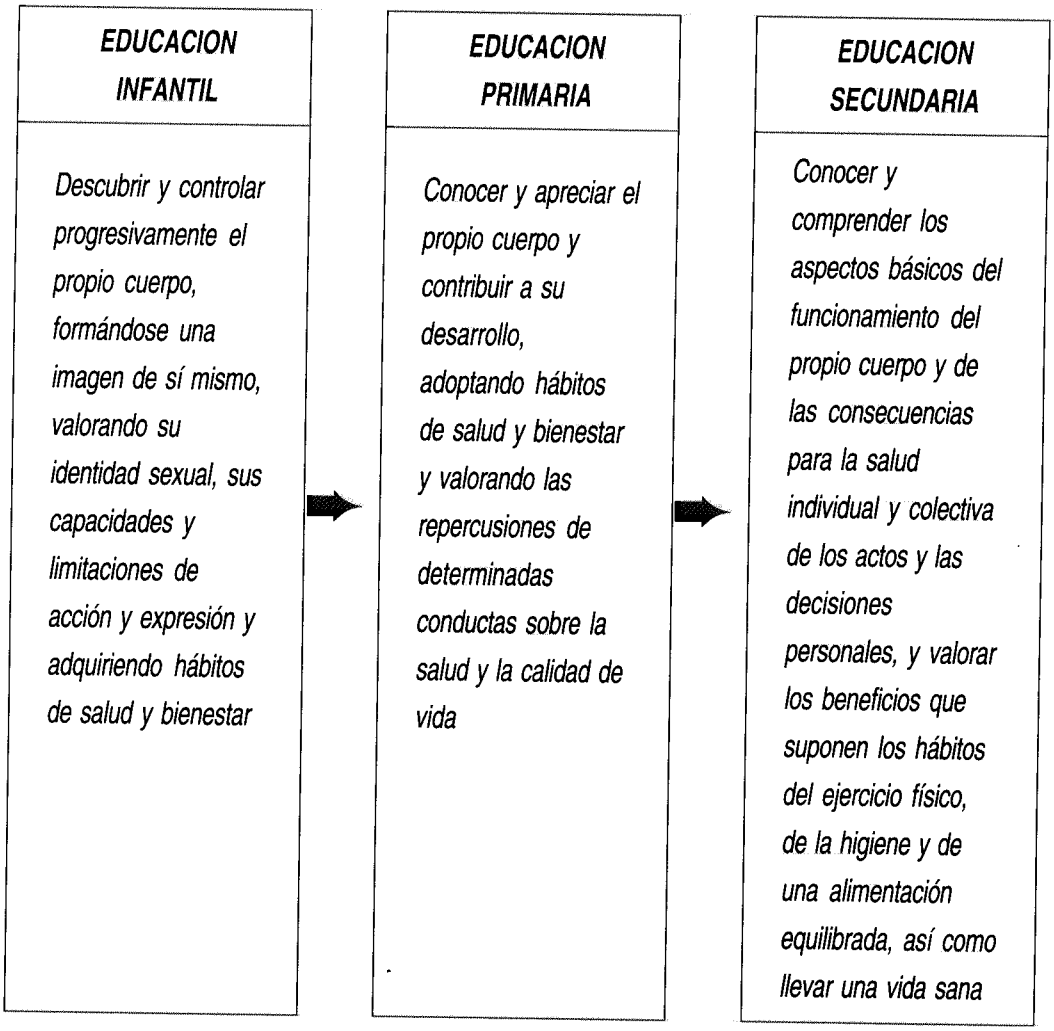
LENGUA CASTELLANA Y LITERATURA

- *Expresarse oralmente y por escrito de forma coherente, teniendo en cuenta las características de las distintas situaciones de comunicación y los aspectos normativos de la lengua.*

MATEMATICAS

- *Utilizar el conocimiento matemático para interpretar, valorar y producir informaciones y mensajes sobre fenómenos conocidos.*
- *Utilizar técnicas elementales de recogida de datos para obtener información sobre fenómenos y situaciones de su entorno; representada de forma gráfica y numérica y formarse un juicio sobre la misma.*

FIGURA 6. SECUENCIA SIGNIFICATIVA DE OBJETIVOS DE EDUCACION PARA LA SALUD POR ETAPAS



Otro elemento del Proyecto Curricular es el cómo enseñar, **la metodología.** Esta debe ser coherente con las intenciones educativas. En general, se deben utilizar procedimientos que en sí mismos requieran ejercer las competencias que se pretenden desarrollar.

En Educación para la Salud los criterios metodológicos que se adopten deben estar basados en los siguientes principios:

La globalidad e interdependencia en la forma de abordar los contenidos de EpS.

Las concepciones que sobre la salud tienen los estudiantes y sus familias. Reflexionar sobre ellas y procurar que algunas muy profundas, de carácter providencialista o fatalista, evolucionen hacia concepciones más actuales, que conceden un mayor margen de responsabilidad al individuo.

Plantear el aprendizaje como investigación de problemas de salud existentes en el medio social del alumnado, haciendo hincapié en la formulación de hipótesis, en la recogida de datos de diversas fuentes y en la elaboración y difusión social de las conclusiones.

Facilitar el máximo número de interacciones del alumnado con los iguales, las familias, los sanitarios de la zona, y las instituciones locales.

Dar especial protagonismo a la adquisición de actitudes y al cambio de comportamientos, mostrándonos en la medida de lo posible como modelos ejemplares.

El conjunto de actividades que se contemplan en esta metodología son:

De detección de conocimientos previos.
De motivación y elección del problema o situación de estudio.
De implicación afectiva
Recogida de información
Elaboración de conclusiones
Comunicación
De implicación personal y acción en el medio.

La evaluación debe plantearse tanto para el proceso de enseñanza como para los procesos de aprendizaje. Se trataría de evaluar en qué medida las actitudes de los alumnos con respecto a su salud y la de la comunidad, o en este caso hacia la autoprotección y seguridad, se han ido consolidando como consecuencia del proceso de enseñanza que se ha organizado de forma sistemática.

En el tema de accidentes, y según el objetivo planteado inicialmente, los criterios de evaluación podrían ser:

que el alumno conozca los factores de riesgo de accidente de su entorno.
que sea capaz de identificar los elementos que representan un riesgo para la integridad física suya y de sus compañeros y señalar estrategias para eliminarlos.
que sea capaz de analizar la trascendencia social y personal de los accidentes en diversos ámbitos.

Los instrumentos deben diversificarse en función del tipo de contenidos. Para evaluar la EpS deben seleccionarse instrumentos para los conceptos, los procedimientos y las actitudes. La dificultad está en evaluar las actitudes, siendo la observación sistemática quizás la más eficaz cuando se aplica sobre diversas situaciones de aprendizaje tales como asambleas, trabajos en grupo, dramatizaciones, actividades fuera del aula,...Las mismas técnicas para el aprendizaje de actitudes pueden aplicarse como evaluación: dilemas morales, estudio de casos, comentarios críticos de textos, juego de roles,...

La autoevaluación y la coevaluación son dos formas muy valiosas en la evaluación de actitudes, ambas favorecen la reflexión sobre el propio aprendizaje, la autonomía, la autoestima y la formación de una imagen cada vez más ajustada de sí mismo.

El proceso de enseñanza también debe ser evaluado, para ello es necesario revisar todas las decisiones que se han tomado y plasmado tanto en el proyecto educativo como en el proyecto curricular.

La Programación didáctica

Es una serie de unidades didácticas ordenadas y secuenciadas.
Cada unidad didáctica (U.D.) son un conjunto de conocimiento y actividades educativas e instructivas que se realizan en torno a un tema central, referente de forma mayoritaria a la Naturaleza o vida social.

La Educación para la Salud, u otros temas transversales, puede integrarse de diferentes maneras:

Programando un área tomando como eje organizador la educación para la salud.

Integrando aspectos de educación para la salud en las diversas unidades didácticas que se articulan en torno a temas de carácter más general.

Elaborando unidades didácticas articuladas en torno a algún contenido de educación para la salud.

Las dos primeras opciones, quizás parezcan presentar más dificultades de tipo metodológico, pero aseguran el tratamiento constante de la educación para la salud y posibilitan "la impregnación saludable" del trabajo en el aula. La segunda opción, en cierto modo, garantiza la implicación de todo el profesorado que trabaja con un grupo de alumnos.

Problemas para la implantación y generalización de la Educación para la Salud en la Escuela

A pesar de que la EpS es ya una realidad en nuestro Sistema Educativo, y que el tratamiento como tema transversal es adecuado para conformar hábitos y actitudes positivas hacia la salud, nos encontramos que para su generalización hay que salvar algunos problemas, tales como:

La **formación del profesorado.** Los temas transversales son una novedad de la Reforma. Para su abordaje es imprescindible una revisión de las creencias del profesorado hacia los valores que entrañan. No se puede abordar la educación para la salud, sin revisar la concepción de salud que tienen los profesores, ésta va a determinar que asuman o no la función de la escuela y su papel en el desarrollo de estilos de vida saludables. A la falta de formación hay que añadir la sensación de sobrecarga e inseguridad, ante nuevos contenidos y formas de desarrollar el currículum, para los que no han sido preparados. La formación permanente es, pues, un requisito imprescindible en el desarrollo de la EpS en la escuela.

La **limitación de recursos**. A las escasas publicaciones de Educación para la Salud, se une la poca difusión que se hace de ellas. Ultimanente las Comunidades Autónomas, han editado materiales muy útiles para desarrollar algún tema de EpS, pero solamente llega, como máximo a los centros de esa Comunidad y son muchos los contenidos que aún no han sido desarrollados.

La **participación de las familias**. La comunicación escuela-familia es muy escasa, los motivos ya se han expuesto en otro apartado. Es un elemento esencial en la eficacia de la Educación para la Salud, y es necesario potenciar y facilitar la colaboración de los padres con la escuela.

La **colaboración de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y los Centros Educativos** es muy desigual,

no existe una clara definición por parte de la Administración Sanitaria de las funciones de los Equipos con respecto a la promoción de salud en las escuelas. Se ha dado un pequeño paso al incluir en la cartera de servicios de los EAP el denominado "información a maestros", a todas luces insuficiente e inadecuado en planteamientos de trabajo cooperativo.

La implantación de la Reforma. Al realizar los centros educativos el Proyecto Curricular, antes que el Proyecto Educativo, se están tomando una serie de decisiones curriculares previas a la definición de las señas de identidad del centro. El tratamiento de los temas transversales estará indudablemente condicionado por esta situación.

Conclusiones

La promoción de la seguridad y prevención de accidentes debe tratarse en el medio escolar en el marco global de la Educación para la Salud.

Todos los centros docentes deben incluir en sus desarrollos curriculares la EpS, porque la LOGSE prescribe su tratamiento como tema transversal.

La Educación para la Salud está íntimamente ligada al aprendizaje de valores y sus contenidos son fundamentalmente actitudinales y procedimentales, por lo que para obtener los resultados previstos hay que superar el currículum oculto.

Su desarrollo requiere la colaboración con el medio por su estrecha vinculación con la realidad social. El papel de la familia y de la comunidad es trascendental en su desarrollo.

Los valores intrínsecos a la educación para la salud pueden definir las señas de identidad de un centro, sin relegar por ello a los demás temas transversales, todos están íntimamente ligados entre sí.

La inclusión de la Educación para la Salud en el Proyecto Educativo de Centro, va a asegurar su desarrollo, porque ello supone el compromiso de la comunidad educativa y la previsión y organización de recursos para su implantación.

Es conveniente que en el PEC se contemple la creación de Comisiones de Salud, en las que además de profesorado, alumnado y familia, formarán parte miembros de los Equipos de Atención Primaria y representantes de otras instituciones.

La EpS debe contemplarse en todos los elementos del Proyecto Curricular: objetivos, contenidos, metodología y evaluación.

La concrección para el trabajo en el aula puede realizarse organizando un área en torno a la EpS, integrando aspectos de EpS en diversas unidades didácticas o elaborar unidades didácticas articuladas en torno a algún contenido de EpS.

La metodología debe promover una experiencia vital de aprendizaje y favorecer el proceso de acción-reflexión-acción.

Acaba de empezar a implantarse la EpS en los centros docentes y aun hay que superar algunos problemas para su generalización tales como la formación del profesorado, la escases de recursos, la falta de participación de las familias, la colaboración de los EAP y la propia dinámica de la Reforma, pero el paso más importante ya se ha dado al incluirla en el currículum obligatorio.

Bibliografía

- OMS. (1988). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. **Salud entre todos**, 32, 1988.
- Consejo de Europa. **Educación para la Salud en los colegios y formación y papel desarrollado por el profesorado. Recomendación nºR.** Mimeografiado, 9 págs.
- Ferrari, A. (1991). **Promoción de salud en la escuela.** I Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela. Zaragoza.
- García Maeso, T. (1993). **Actitudes de los profesores.** Cuadernos de Pedagogía, 214.
- Gimeno Sacristán, J. (1988). **El currículum: una reflexión sobre la práctica,** Madrid, Morata.
- B.O.E. de 4 de octubre de 1991. **Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo.**
- MEC. (1989). **Libro Blanco para la Reforma.** Madrid.
- Martin Beristain, C. (1991). **El valor de la salud: metodología y evaluación de la educación para la salud en la escuela.** Jornadas Andaluzas de Educación para la Salud en la Escuela,
- Nieda, J. (1992). **Educación para la Salud.** Materiales de apoyo a la Reforma (Cajas Rojas), MEC.
- Nieto, J. (1992). **De la LOGSE al Proyecto Curricular de Centro,** Madrid, CCS.
- B.O.E. de 9 de septiembre de 1991 **.Real Decreto 1333/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículum de Educación Infantil.**
- B.O.E. de 13 de septiembre de 1991. **Real Decreto 1334/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículum de la Educación Primaria.**
- B.O.E. de 23 de marzo de 1992. **Resolución de 5 de marzo de 1992, por la que se regula la Elaboración de Proyectos Curriculares de Educación Infantil.**
- B.O.E. de 24 de marzo de 1992. **Resolución de 5 de marzo de 1992, por la que se regula la elaboración de Proyectos Curriculares de Educación Pimaria**
- Rodríguez Rodríguez, J.A. (1992). **El Proyecto Educativo. Elementos para su diseño.** Madrid, Alhambra Logman.
- Rodríguez, J.A. y González, F. (1991). **Los objetivos educativos I.** Madrid, Alhambra Logman.
- Román Pérez, M. (1990). **Educación comprensiva: nuevas perspectivas.** Madrid, Cincel.
- Serrano, M.I. (1990). **Educación para la Salud y participación comunitaria,** Madrid, Díaz de Santos.
- MEC. 1993. **Temas trasnversales y desarrollo curricular**. Material de apoyo a la Reforma.
- Torres Jurjo. (1991). **El currículo oculto.** Madrid, Morata.
- Young, I. y Williams, T. (1989). **The healthy School** (Informe realizado para la O.M.S. por el Grupo Escocés de Educación para la Salud) Scottish Health Education Group. Edimburgo.

La coordinación intersectorial en los accidentes infantiles

D. Fermín García Rodríguez
Pediatra. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

1. ¿QUE DEBE SER LA ACCION INTERSECTORIAL?

Como punto de partida es preciso destacar la poca experiencia existente en nuestro país sobre el trabajo entre distintos sectores. Como se analizará posteriormente, al describir los problemas que pudiera plantear la intersectorialidad, nuestra "cultura profesional" ha ido parcelando los distintos campos de visión y la solución de los problemas.

Hemos sido instruidos para ser educadores o médicos o psicólogos o policías..., y dentro de cada campo han existido "parcelas de poder"; así en múltiples ocasiones asistimos a que un profesional no pretenda tener ningún tipo de competencias más allá de los que estrictamente le corresponde, como ejemplo claro está el médico que trabaja en un hospital y que cree que su única misión es la de atender a los niños que han sufrido un accidente, pero no es capaz de desarrollar aspectos preventivos con la familia y con el entorno social de ese niño.

Por ello tenemos que entender que el niño o el grupo de escolares que tenemos delante, forman una unidad y que se encuentran dentro de un marco social. De ahí, las innumerables situaciones que se puedan presentar en ese colectivo, que cuando son abordadas desde un único sector (educación, salud, servicios sociales etc.), pueden recibir una solución insuficiente o incluso inadecuada para la resolución del problema.

Pero aunque entendamos este enfoque multisectorial de todos los problemas infantiles, y especial de los accidentes, la escasa experiencia en el trabajo con otros sectores continúa creando recelos, problemas de competencias, intrusión en las tareas de otros profesionales, dejación de responsabilidades, actitudes altruistas etc., que en poco o nada van a resolver las necesidades existentes.

Por todo lo expuesto, la acción intersectorial debe tener su base en la "corresponsabilidad" de cada uno de los actores implicados y de los organismos a los que pertenecen, sin que ello implique asumir papeles para los que no se está capacidados.

Cómo elemento clave está la "coordinación", primero entre todos los niveles de un mismo sector y posteriormente entre todos los sectores que participan en los accidentes en escolares y que se encuentran dentro de un marco referencial geográfico definido.
Esta coordinación requiere de una "comunicación" fluida y efectiva entre las distintas partes, la cual no se establece de forma uniforme en todos los niveles, ya que existirán diferencias significativas en la relación formalidad/informalidad. Así a niveles de Comunidad Autónoma se reunirán el/la Consejero/a de Educación con la responsable de los bomberos (p. ejemplo), mientras que en un nivel local se reunirá la persona X con la Y, entre las que pueden darse relaciones de vecindad e incluso de amistad, aunque cada una represente a un organismo diferente. Estas relaciones informales, como veremos posteriormente, pueden ser muy útiles

a la hora de mejorar la comunicación y de establecer una complementariedad con las actuaciones que se establezcan desde otros niveles.

2. LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO INTERSECTORIAL EN LOS ACCIDENTES EN ESCOLARES

Si como vimos anteriormente, al niño en todos los aspectos de su vida, no se le puede parcelar. Es en los accidentes donde se pone más de manifiesto la necesidad de una respuesta integrada y efectiva de todos los sectores, puesto que participan de una u otra forma, la práctica totalidad de los agentes sociales. Sería interminable describir las funciones de cada uno, pero merece la pena mencionar el papel de algunos profesionales:

- Los Educadores: Desarrollan una tarea fundamental, a través de la Educación para la Salud, en la prevención de accidentes. Mediante la enseñanza de unos conocimientos que conduzcan a la adquisición de hábitos que disminuyan el riesgo de accidentabilidad, (seguridad vial, comportamiento en el centro docente, precaución con los agentes tóxicos...). Otra función importante radica en detectar y solucionar determinados problemas que puedan ser origen de accidentes escolares. Son ellos los que pasan gran parte de su tiempo dentro del centro y nadie mejor para "inspeccionar" las condiciones en que se encuentra y para detectar las posibles deficiencias.
- La Industria: Mejorando las medidas de seguridad (envasado, etiquetado de productos nocivos, sustitución de extintores...).
- Los legisladores: Creando un marco jurídico que disminuya los riesgos de accidentes y con acciones punitivas sobre los infractores (calidades de los materiales de construcción, normas de seguridad...).
- Los Medios de Comunicación: Con su altísima influencia en la transmisión de elementos positivos en prevención de accidentes.
- Los Sanitarios: No sólo actúan en la atención y rehabilitación de los niños accidentados, sino que su papel en la prevención es muy importante. En los controles de salud infantil se insiste a los padres sobre medidas a adoptar en esta prevención de accidentes. Dentro de la escuela su principal función consiste en asesorar a los educadores en temas relacionados con educación para la salud.

No se pretende que los sanitarios sean los encargados de impartir "charlas" a los alumnos o de suplir a los maestros en la educación de los escolares, ya que no están preparados para ello, pero su aportación puede ser de gran ayuda tanto en las actividades curriculares como en las extracurriculares.

También actúan, junto a los educadores, en la revisión del medio ambiente escolar, determinando las medidas más adecuadas a adoptar para la prevención de los accidentes.
Otra función importante radica en la enseñanza a los educadores de la actuación ante el niño accidentado.

Del mismo modo podríamos hablar de otros profesionales que aportan sus conocimientos y sus servicios en la materia que nos ocupa; pero en definitiva únicamente con un trabajo conjunto se logrará reducir el elevado número de accidentes escolares e infantiles. Estos últimos representan más de la mitad de los fallecimientos producidos durante los años escolares, siendo uno de los motivos más frecuentes de absentismo escolar y

provocan un alto coste de secuelas e invalidez infantil. (según la Comisión de Comunidades Europeas. Bruxelles. Mayo 1987).

3. ¿QUE VENTAJAS SE PUEDEN OBTENER DE UNA ACCION INTERSECTORIAL EN ACCIDENTES ESCOLARES E INFANTILES?

1. Para los Profesionales: cuando los profesionales de distintos sectores logran coordinarse, su trabajo será mucho más gratificante puesto que los resultados serán objetivables a corto plazo. Así utilizando la educación para la salud, como herramienta, se puede apreciar la disminución de un considerable número de accidentes, o bien con un conocimiento, por parte de los educadores, de las actuaciones en caso de emergencia (incendio, desprendimientos, electrocución...) sus actuaciones serán más efectivas para los alumnos. Las acciones individuales, a pesar de grandes dosis de entusiasmo, generarán a la larga desencanto, por cuanto no darán respuesta a los problemas. Un educador no puede ser médico o bombero o farmacéutico o tener los conocimientos de un experto en protección civil, pero sí debe ser el encargado de transmitir a sus alumnos determinadas actuaciones que, pueden disminuir el número de los accidentes, para lo cual es preciso que los referidos profesionales colaboren estrechamente con los educadores.

De poco sirve que un profesor realice educación vial, cuando a la puerta del colegio se encuentra una carretera sin protección, que está produciendo una gran cantidad de accidentes. Por ello la colaboración en este caso debe hacerse con el Ayuntamiento correspondiente o con el Ministerio de Obras Públicas encargado de solucionar el problema.

2. Para la Administración: en una época como la actual, de crisis económica mundial, las distintas Administraciones públicas intentan rentabilizar al máximo los recursos existentes.

Pero este objetivo se ve dificultado por dos elementos característicos de nuestra sociedad, que son:

- Un modelo deficitario, que difícilmente puede hacer frente a las necesidades actuales. Donde costos, fluctuaciones monetarias etc., pueden poner en peligro los logros sociales alcanzados.
- Un modelo desarrollista: Con un incremento mayor de las demandas, toda vez que la sociedad solicita una mayor seguridad en la prevención de accidentes, una atención más adecuada a los escolares que los han sufrido y una rehabilitación correcta para minimizar los efectos de los mismos.

De todo esto se deduce que la producción de un aumento en la demanda de recursos, a la que únicamente se puede hacer frente con una acción integral e integrada de todos los sectores, donde no se produzcan duplicidades ni vacíos.

Este interés de la Administración puede servirnos para desarrollar actuaciones de múltiples sectores.

3. Para los distintos sectores: la planificación y actuación conjunta traerá como consecuencia la potenciación de distintas áreas, de sectores que las tenían poco o nada desarrolladas. Como ejemplo en Andalucía el abordaje de los accidentes infantiles, ha servido para que cada sector asuma las competencias que les son propias, al tiempo que se han creado nuevas áreas de actuación.

4. LAS DIFICULTADES DEL TRABAJO INTERSECTORIAL

Al plantearnos el trabajo con otros sectores, muchas veces pensamos que es una labor complicada y que va a requerir grandes esfuerzos. Esto, como se verá con posterioridad no es así y los beneficios a obtener deben superar los "esfuerzos" que se realicen. Pero debemos admitir que pueden existir dificultades en la coordinación entre sectores.

Los principales problemas pueden provenir de los siguientes aspectos:

A) El desconocimiento de los otros sectores, tanto en su estructura como en su funcionamiento, derivado de las escasas vías de comunicación existentes.
B) El sesgo profesional, con escaso enfoque integral del problema de los accidentes escolares, como aludimos anteriormente. A ello hay que sumar la "pérdida de parcelas de poder", cuando no se entiende que los objetivos de los distintos sectores suelen ser confluyentes.
C) La utilización de lenguajes diferentes, así cada sector utiliza su "jerga" propia, a veces, incomprensible para los demás.
D) El desarrollo heterogéneo de cada sector. Mientras que unos disponen de un gran número de medios, otros se encuentran dando los primeros pasos, no teniendo aún consolidada su estructura.

Esta heterogeneidad se debe, en gran parte, a que cada sector se ha planificado de forma autónoma sin contar con los otros, como se puede apreciar por la disparidad de las demarcaciones geográficas entre distintas Consejerías u Organismos.

5. ESTRATEGIAS PARA UN TRABAJO INTERSECTORIAL

A la hora de abordar desde distintos sectores los accidentes escolares, es necesario diferenciar unas características básicas individuales y una actuación por niveles.

1. Características individuales: sería de desear que las personas que participan en la acción intersectorial poseyeran los siguientes requisitos:

A) Formación sectorial adecuada. Ello implica unas aptitudes y habilidades profesionales capaces de dar respuestas a aquellas cuestiones que, dentro de su sector, deba responder. No siempre las enseñanzas pre y postgrado han incidido en la importancia de determinados aspectos, entre ellos la prevención de los accidentes en escolares.
   Una forma de subsanar estas deficiencias parte de la comunicación entre los diferentes sectores, donde cada uno ofrece sus conocimientos que enriquecen a los demás. Como ejemplo para un médico que ha aprendido a tratar a un niño víctima de un accidente, la visión que pueden ofrecerle desde protección civil o bomberos acerca de medidas preventivas y actuaciones en casos de catástrofes colectivas puede serle muy útil y lo mismo podríamos decir de los educadores.

B) Actitudes positivas: Sólo con ellas podremos romper las barreras existentes entre los sectores y hacerle frente a las dificultades que mencionamos anteriormente. Pero no es necesario que todos los implicados

sean personas activas y motivadas, en muchos casos bastará con que algunos asuman el papel que, a través de una planificación conjunta, les corresponda. Eso sí, el hecho de contar, desde un primer momento, con determinado Organismo o persona puede lograr que su participación pueda ser más efectiva.

C) Conocimiento de otros sectores: saber los objetivos, prioridades, antecedentes y recursos de otros sectores, deben servirnos para lograr interlocutores válidos, que permitan una comunicación fluida. Si disponemos de "mapas de recursos" de los distintos organismos oficiales, asociaciones no gubernamentales (O.N.G.), entidades privadas etc. pueden sernos de gran ayuda. Si no disponemos de estos mapas, siempre podremos solicitarlos en los niveles provinciales, regionales o nacionales. Así en la Comunidad Andaluza disponemos de una guía de recursos de los distintos organismos oficiales y de las O.N.G. de autoayuda, donde figuran sus direcciones y teléfonos de contacto.

El objetivo de los pasos anteriores será dar una respuesta conjunta a los accidentes en escolares. Esta respuesta será más efectiva si existe un apoyo institucional que nos ofrezcan los medios necesarios (económicos, técnicos, humanos, etc.) y un apoyo social que ayude a difundir las acciones emprendidas, en este sentido los medios de comunicación, las APAS, las ONG etc. pueden sernos de gran utilidad.
Si no disponemos de apoyos institucionales también podemos actuar, aunque como es obvio con una mayor dificultad.

2. La actuación por niveles

La mayor parte de los sectores que participan en los accidentes de escolares disponen de tres niveles de organización: un nivel central, uno intermedio y uno local. Cada uno de ellos tendrá funciones específicas, que pueden resumirse en las siguientes:

A) Nivel central: su principal función es la de crear un marco de actuación. A este nivel corresponde la creación de una legislación que prevenga los accidentes en escolares, la inclusión dentro de las materias curriculares de determinados aspectos de educación para la salud, la creación de programas sociales integrados para la rehabilitación de accidentados, etc.
En definitiva este nivel permite hacer al resto de los niveles. Su tarea fundamental es la planificación.

B) Nivel Intermedio: su función principal es la de gestionar los recursos, al mismo tiempo que establece los mecanismos de evaluación de las actividades desarrolladas, controla la aparición de accidentes, ofrece al nivel central sugerencias para modificar determinadas leyes, etc...
De entre todas las funciones posibles destaca, en este nivel, la creación de espacios de encuentro entre los profesionales de organismos y ámbito geográfico distinto, por ejemplo actividades de EPS entre educadores y sanitarios de un hospital de ámbito comarcal o regional.

C) Nivel local: en él se realizan las actividades. Es el más importante a la hora de poner en práctica las actuaciones que desde otros niveles se han planificado. Su contacto con la realidad ofrece la posibilidad de actuar en aquellos temas concretos que los escolares precisan. Por ejemplo la prevención de accidentes marítimos en localidades costeras.

Como señalamos al principio, en este nivel las relaciones informales adquieren una mayor trascendencia que en los otros niveles y estas relaciones pueden servir para establecer una comunicación más fluida.

En todos los niveles es importante que los distintos actores participen desde el comienzo de las actividades. El resultado será más satisfactorio si ya desde la planificación se cuenta con las personas de los sectores implicados.

Por ello cuando un centro docente establece su "Plan de Centro", si está interesado en desarrollar actividades de prevención de accidentes, debe estudiar con qué organismos e individuos va a contactar y a partir de ese momento establecer un calendario conjunto.

También es importante que todos los participantes dispongan de la(s) evaluación(es) que se efectúe(n), a fin de conocer el resultado de su trabajo y como elemento incentivador para actuaciones futuras.

6. EJEMPLOS DE ACTUACION INTERSECTORIAL EN ACCIDENTES INFANTILES Y ESCOLARES EN ANDALUCIA

Desde hace más de 7 años son múltiples las experiencias de trabajo intersectorial en nuestra Comunidad Autónoma. Aquí queremos señalar dos por tener una aplicación para toda Andalucía y por el gran número de sectores que han colaborado:

1. Trabajo de Investigación para la prevención de accidentes infantiles en Andalucía (1989-1992)

El proyecto se articuló sobre tres elementos esenciales:

A) Conocer mejor nuestra accidentabilidad. Mediante el estudio de los registros hospitalarios y de los centros de atención primaria, para identificar las características de los accidentados, el lugar de producción, los factores que influyen etc...

B) Revisar nuestro ordenamiento jurídico sobre el tema y, al mismo tiempo, comparar nuestra legislación con la de otros países.

C) Articular recomendaciones operativas para la prevención.

El proyecto se ha dirigido desde los niveles centrales, de los distintos organismos implicados. En él han colaborado:

- En la financiación: FISS, Consejería de Educación, Servicio Andaluz de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública.
- En la participación: educadores, bomberos, periodistas, juristas, empresarios, técnicos de protección civil, corporaciones locales, servicios hospitalarios, farmacéuticos, sanitarios, organizadores de usuarios, escolares, etc.

Dentro de poco saldrá el documento definitivo, que contendrá las recomendaciones preventivas.

2. Reforma del programa de Salud Escolar de Andalucía (1990-93).

Desde el Servicio Andaluz de Salud se promovió una reforma del Programa de Salud Escolar vigente en

Nuestra Comunidad Autónoma, con la participación de la Consejería de Educación y distintas corporaciones locales.

Se ha realizado un trabajo conjunto entre más de 70 profesionales: médicos generales, educadores, pediatras, enfermeras, arquitectos, trabajadores sociales etc., de todos los niveles.

Las medidas más importantes, respecto a los accidentes en escolares son:

- La potenciación de la EpS, tanto en los diseños curriculares como en las actividades extra-curriculares. Se hace especial referencia al papel primordial de los educadores, estando los otros sectores como elementos de apoyo.
- La creación de un protocolo de actuación conjunta para la revisión del medio ambiente escolar y para la prevención de accidentes. Al mismo tiempo se han establecido los circuitos de notificación y solución de problemas, tanto para los dispositivos de las Consejerías de Educación y Salud, como para las corporaciones locales.

En la actualidad se está evaluando los resultados obtenidos en el primer curso escolar donde se ha puesto en funcionamiento el nuevo Programa.

Estrategias legislativas para la prevención de accidentes en el medio escolar

D. José Cordero González
Abogado. Sevilla

1. INTRODUCCION

La carencia de medidas de seguridad en los establecimientos escolares, quedó demostrada en el Coloquio celebrado en Berlín, del 17 al 19 de octubre de 1990, al que acudieron 14 países, incluido España.

La escuela es, después del hogar, el espacio donde mas tiempo transcurre la vida del niño, de ahí que merezca una especial atención, el procurar que el medio escolar sea lo mas seguro posible, y que se aproveche su estancia para informarle y prevenirle de los innumerables peligros que existen en su entorno, para evitar que se convierta en víctima fatal de cualquier accidente.

Está demostrado que los accidentes infantiles:

- Constituyen la primera causa de mortalidad (mas de 10.000 cada año, en la CEE).
- Provocan numerosas lesiones y secuelas, bastantes de ellas irreversibles e invalidantes (mas de 30.000 al año en la CEE).
- Producen un considerable absentismo escolar.
- Generan unos exagerados costes de hospitalización y previsión (mas de 15.000 millones de Ecus cada año).
- Suponen una reducción demográfica seria y unos años potenciales de vida perdidos.
- Ocasionan graves sufrimientos y dolor a familiares y victimas.
- Pueden ser evitados o, al menos, disminuidos sus efectos.

Los niños, por su dependencia, irresponsabilidad y falta de madurez, constituyen un grupo social especialmente vulnerable y necesitado de una seria y eficaz protección. Ellos no suelen ser conscientes de los posibles peligros que entraña un entorno social creado sin tenerles demasiado en cuenta, por y para los adultos esencialmente. Existe, por ello, una responsabilidad social de dotar jurídicamente esta carencia de seguridad, y de realizar eficaces campañas de prevención, que conviertan el espacio físico donde el niño se desarrolla (hogar, escuela, vías públicas y espacios de ocio, deporte y recreo), en un medio seguro, libre y exento de todo riesgo, peligro o daño.

La seguridad escolar, tanto en su dimensión interna (instalaciones escolares, equipamiento, etc.), y externa (accesos, desplazamientos, transporte, etc.), como en la derivada de su responsable participación, en calidad de "promotora de salud", en la educación e información de los niños en materia de prevención de accidentes, es un pilar clave en la lucha por conseguir reducir las fatales tasas de accidentes infantiles.

2. ELEMENTOS DE LA PREVENCION DE ACCIDENTES INFANTILES

Visión social del accidente

Existe un sentir general del accidente, que deriva del carácter eventual, fortuito o involuntario del propio accidente en sí. Se cree que éste es el resultado de una mala circunstancia o fatalidad, contra la que bien poco se puede hacer. Esta realidad es necesario transformarla, introduciendo en la mente de todos que el accidente es previsible y evitable en la gran mayoría de los casos.

Accidentalidad escolar. Areas de producción

Las áreas de producción de accidentes infantiles, por orden de importancia, son:

- El hogar y sus alrededores. Producen cerca del 40%.
- Vías públicas y transporte. Sólo los debidos al tráfico alcanzan la cifra del 33%.
- Escuela, espacios de ocio y deporte. Ocasionan el 8,5%, 10,5% y 8%, respectivamente, según datos del EHLASS.

De ello se deriva, que aunque en las instalaciones escolares tan solo se producen el 8,5% de la totalidad de los accidentes, el cometido clave que responsabiliza al estamento docente, es su participación en la formación e información a los escolares, de los peligros que generan el resto de los espacios de producción.

Necesidad de la prevención. Programas

La O.M.S. estableció en Bélgica en 1958, los tres pilares básicos de todo programa de prevención de accidentes infantiles (en adelante PAI):

Epidemiología: investigación, análisis de riesgos, datos.
Legislación: creación y aplicación de normas de seguridad
Educación: información y formación de niños y adultos.

Por otro lado, el Child Accident Prevention Trust (CAPT) y el Departamento de Industria y Comercio del Reino Unido, fijaron las tres actividades básicas para desarrollar una buena campaña de PAI:

Educación: conocimiento por los individuos de los riesgos y de cual debe ser el comportamiento seguro.
Entorno: procurar al niño un medio seguro de desarrollo.
Ejecución: imposición, por los poderes públicos, de normas de seguridad y de estándares obligatorios.

En ambos programas se destaca la conjunción de la educación y la legislación, como mejor forma de prevenir los accidentes infantiles. Los educadores, como especialistas del comportamiento del niño y de su formación, son fundamentales en todo programa de PAI, ya que junto a los padres, son los encargados de transmitirle al niño, las medidas de prevención y la pautas de actuación ante situaciones peligrosas, con independencia de la existencia o cobertura de suficientes medidas legales de protección.

Sobre la eficacia y los logros obtenidos, con unos buenos programas de prevención, podemos aportar un dato: en Suecia se ha conseguido reducir las muertes causadas por accidentes infantiles, de mas de 400 a mediados de los años cincuenta, a menos de 100 en el año 1990.

Responsables sociales

Los recursos humanos que deben, inicialmente aportar sus esfuerzos para conseguir el objetivo que nos orienta, se pueden agrupar en los siguientes agentes sociales, además de los padres:

- Educadores, enseñantes y personal de guarderías.
- Cuerpos médicos y personal sanitario.
- Personal del Sector servicios y Compañías de Seguros.
- Legisladores, Reguladores y Juristas.
- Policías, Bomberos y Protecciòn Civil.
- Asociaciones de Consumidores y Usuarios.
- Diseñadores, Urbanistas, Ingenieros y Arquitectos.
- Empresarios y Fabricantes del Comercio y la Industria.
- Profesionales de los Medios de Comunicación.
- Autoridades Locales, Provinciales, Autonómicas y Nacionales.

A todos ellos les compete, implica, obliga e interesa aunar esfuerzos para evitar y superar esas vergonzosas omisiones y esa carencia de seguridad, que padece el entorno y los espacios donde el niño desarrolla normalmente su vida.

Está claro, que el tema que nos ocupa, no es sólo un problema de salud pùblica, como hasta ahora se ha entendido, es un problema de todos.

Intersectorialidad

Esta es una de las características mas frecuentes, en muchos de los problemas de nuestra sociedad, y que es particularmente evidente, en materia de PAI, por:

- La competencia de las distintas instancias de la Administración Pública.
- Los distintos sectores productivos implicados.
- Los diversos espacios de producción de accidentes.
- El diferente rango de normas y medidas legales.
- Los variados agentes sociales interesados.
- Los organismos de inspección, control y aplicación.
- etc.

Políticas de prevención

Se discute cuál es la política de intervención que debe seguirse en materia de accidentes infantiles:

- Intervención planificada: dirigida al público en general o a grupos de riesgos determinados.
- Incidencia ad hoc.
- Campañas por productos concretos.
- Campañas por tipos de accidentes, lesiones o lugares de producción de los mismos.
- Implantación y exigencia de deberes generales o de deberes específicos de seguridad.
- Articulación vertical u horizontal.
- Intervención local, nacional o comunitaria.

Es fácil deducir que todas ellas son necesarias y complementarias.

3. PRINCIPIO BASICO DE LA ESTRATEGIA LEGISLATIVA

Hay que conseguir implantar una legislación y unas medidas de seguridad que obliguen:

- al arquitecto cuando diseña,
- al industrial cuando fabrica,
- al publicista en sus campañas,
- al comerciante cuando vende,
- al responsable de cualquier Administración cuando encarga o ejecuta una obra pública o una prestación de servicios,
- a observar una serie de normas y medidas pensadas y dirigidas a conseguir un entorno seguro al niño, y no únicamente sobre los elementos, productos y servicios a utilizar directamente por el niño, sino también sobre todos aquellos que presumiblemente u ocasionalmente puedan ser usados por éste.

Este proceso legislativo, debe venir acompañado y continuado por unos mecanismos de inspección, control y sanción, en caso de incumplimiento, para que su aplicación se demuestre eficaz.

La actuación legislativa debe cubrir las deficiencias y lagunas en los espacios, elementos, sectores, productos, servicios y actividades abiertamente demostrados como peligrosos: campos de recreo, parques infantiles, formación vial, uso de cristales de seguridad, uso de casco y protectores en bicicletas, sistemas de anclaje y protección en automóviles para niños entre 0 y 10 años, mobiliario infantil, productos piratas, vallas de protección en piscinas públicas y privadas, equipamiento escolar, juguetes peligrosos, explosivos, etc.

Características de la legislación existente

- Lentitud del proceso de creación de normas.
- Limitada capacidad de aplicación y de control.
- Campo jurídico nuevo.
- Dificultad de demostrar su eficacia.
- Impulsada por las Asociaciones de Consumidores.
- Dispersa y falta de sistematización.
- Insuficiente y escasa.
- Transcribe normas y directivas comunitarias.

- Sometida a criterios del mercado.
- Interdisciplinaria.
- Poco preventiva.

Los estándares y las normas: garantías de seguridad

La adopción de medidas de seguridad, tiene su primera fase en la creación e implantación de estándares: requisitos, instrucciones y especificaciones que deben cumplir un determinado producto o elemento.No suelen tener carácter obligatorio, suelen ser meras recomendaciones que necesitan de una disposición legal posterior que lo eleve al rango de norma de obligado cumplimiento. Suecia y el Reino Unido son los países con mayor número de ellos.

4. DIMENSIONES DE LA SEGURIDAD EN EL MEDIO ESCOLAR

Seguridad del establecimiento escolar (Seg. Interna)

Edificios, espacios deportivos y de recreo

La escuela es una edificación construida directamente para el uso y permanencia de los niños, por lo que en buena lógica, debiera tenerse en cuenta el comportamiento de éstos a la hora de su diseño y construcción. Pero desgraciadamente no ocurre así, ya que para la Administración que la encarga y financia, priman mas los criterios de abaratar los costes o los estéticos, o incluso la propia seguridad de los trabajadores que la construyan, que la de los propios niños que la van a usar. Tampoco existe este criterio en los profesionales que la diseñan o en los constructores que la realizan. Así lo hemos comprobado en las Recomendaciones e Instrucciones de Construcción de Centros Escolares dictadas por la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, a diferencia de otros países, como Francia o el Reino Unido, que exigen a estos Proyectos una Guía de Seguridad, además de una serie de normas que regulan y garantizan las medidas de seguridad en las escuelas y la formación de los niños en ésta materia.

En el 20% de los accidentes escolares hay implicado un elemento de construcción. Por ello, un buen diseño que lleve parejo un estudio de seguridad y el uso de materiales y elementos estructurales y prefabricados, ya demostrados como seguros (cristales, ventanas, suelos antideslizantes, etc), y un riguroso mantenimiento de todos los elementos, son condiciones indispensables para una buena seguridad escolar.

La supresión de barreras arquitectónicas y las normas de protección contra incendios, son las disposiciones más aplicadas. El Real-Decreto de 1 de marzo de 1991 ha aprobado la Norma Básica de Edificación "NBE-CPI/91:Condiciones de Protección contra Incendios en los edificios" (BOE de 8-3-91), actualizando y mejorando la ya existente de 1982. Como complemento a estas normas, algunas Comunidades, como la Andaluza, han aprobado unas Instrucciones para la elaboración por los centros docentes de un Plan de Autoprotección y unas Normas para la realización de un ejercicio de evacuación de emergencia en centros escolares.

Pero la seguridad en los centros escolares, parece que se detiene aquí. Las Instrucciones para la Redacción de Proyectos de Edificios de Uso Docente no contemplan, o lo hacen muy escasamente, las condiciones de

seguridad de los mismos. De su estudio se deduce, que la Administración se preocupa de los factores económicos, sociales, administrativos, estéticos y educativos del centro, y no menciona para nada, la necesidad de que los arquitectos, diseñadores y constructores acompañen al Proyecto un Estudio de Seguridad para los usuarios del Centro. La Administración parece reconocer con ello que, al igual que saben los empresarios y fabricantes, "**la seguridad encarece los costes**". La utilización de materiales mas seguros y de medidas de seguridad aumenta el coste de la edificación.

Como deficiencias mas notables se encuentran: la escasa utilización de escaleras de varios tramos, la ausencia de cristales de seguridad en lugares de posibles choques o impactos, suelos antideslizantes, sistemas de apertura y cierre de ventanas, uso de ventanas de emergencia cuando se enrejan, falta de protectores en esquinas, pavimentos exteriores poco seguros, la no utilización de la "**medida niño**" en el diseño de huecos y barandas de escaleras, ventanas y balcones, etc.

En Alemania, las estadísticas reflejan que el 12,2% de los accidentes escolares ocurren en las Aulas, el 24,5% en el recreo, el 51,4% en la práctica de deportes y en la educación física, el 8,1% en los desplazamientos por el interior de la escuela y el 3,8% en las actividades especiales. Aunque no sean cifras idénticas a las de nuestro país, son orientadores de que en los espacios escolares dedicados al recreo y práctica de deportes, son donde mas accidentes ocurren, por ello no se debe menospreciar, como hace la Administración, un buen estudio de seguridad de estos espacios. Es preciso exigir el uso de materiales y superficies que absorban los impactos de los niños al caerse y que disminuyan los efectos de las lesiones, en caso de que se produzcan; adaptar cada superficie al tipo de juegos o deportes que vayan a practicarse: establecer áreas separadas en razón a la edad de los niños que las van a utilizar, etc.

Seguridad del Equipamiento

También, en este campo, prima el criterio de abaratar costes. La empresa que dota de equipos a la escuela, es la que ha presentado el Proyecto mas barato.

El equipamiento suele ocasionar el 14,9% de los accidentes. Pero la ausencia de normas que exijan la dotación de equipos seguros es total, por ello, anotamos que es necesario exigir la adopción de las medidas legales oportunas para que la prevención de accidentes en la escuela sea una realidad. Pese a lo ya dicho, de que el uso de equipos mas seguros encarece el presupuesto previsto.

Seguridad del Material Escolar

El Código Alimentario Español de 1967, ya especificaba las condiciones generales de los útiles de colegio y material escolar, prohibiendo la utilización de determinados metales y sustancias peligrosas en su fabricación, así como en las colas, pegamentos, tintas, gomas de borrar, lápices de color, pinturas. etc., los cuales deben ser aptos para el uso escolar, y así deben venir expresados en sus etiquetas o envolturas.

Especial cuidado debe tenerse, al destinar el material apropiado a cada edad escolar. Como señala el Real Decreto 2330/1985 de 6 de noviembre, que también prohíbe el comercio de cualquier goma de borrar, producto o artículo destinado a los niños, con forma, olor o sabor de alimentos o flores.

Seguridad de los Desplazamientos (Seg. Externa)

Seguridad en los desplazamientos

Son frecuentes las actividades extraescolares y las actividades docentes que se realizan fuera del recinto escolar. Las excursiones, asistencias a colonias, campamentos, visitas a museos, monumentos, centros de interés, etc. son excelentes actividades que no deben estar ausentes de la adopción de medidas de seguridad. El conocimiento de normas sobre seguridad vial es vital en esta área, y el contar con la asistencia de personal de la policía local o de protección civil, es aconsejable.

Seguridad en los accesos a la escuela y su entorno

La actual y poco notoria señalización de los accesos a los centros escolares, es evidente. Con independencia de que a algunos accesos suele acudir un policía local, a la hora de la entrada o salida de los escolares, debiera de mejorarse la señalización de todos ellos, de cara a los conductores de vehículos, así como el uso de vallas especiales, zonas pintadas en las calles y cruces adyacentes, etc.

Otro problema de seguridad, lo representa el que los centros suelen construirse en nuevas zonas urbanas, en las que los alrededores no están suficientemente urbanizados ni saneados de elementos y materiales que pueden ocasionar accidentes a los escolares.

El Estudio de Seguridad de cualquier centro, debe incluir un apartado referente a sus accesos y al entorno donde se ubique.

Seguridad en los trayectos casa-escuela-casa

En este apartado la formación vial de los escolares es fundamental. Y no solo para los escolares que hagan el trayecto a pie, sino también para los que comienzan a hacerlo en bicicleta o en algún tipo de ciclomotor. La ausencia o falta de utilización de los antiguos Parques Infantiles de Tráfico, actualmente en fase de nueva potenciación, hace necesario que la Escuela, dedique a esta tarea alguna actividad extraescolar, sobre todo en las grandes ciudades.

El ayudar al niño a respetar y desenvolverse con seguridad las normas de tráfico, puede evitar mas de un fatal accidente.

El Reino Unido, tiene editado un Código de la Circulación en versión infantil, y recomienda asistir a unas clases de tráfico a los usuarios de bicicletas mayores de 9 años, organizadas por los Ayuntamientos Locales. El uso de casco está casi generalizado en Holanda, Suecia y el Reino Unido.

En éste apartado la legislación solo puede influir en potenciar la formación de los conductores respecto al comportamiento infantil, y a mejorar las medidas protectoras con exigencias como la de establecer una velocidad limite de 20 0 30 Km/h. en las vías urbanas de circulación lenta.

Seguridad del transporte escolar

Los accidentes ocasionados por el transporte escolar arroja la más alta cifra de accidentes mortales en el medio escolar, de ahí. que merezca este apartado especial atención.

El Real Decreto 2296/83 de 25 de agosto, sobre Transporte Escolar, regula todo lo relativo a ésta materia, si bien necesita una actualización y mejora. Distingue entre el desplazamiento diario y los desplazamientos ocasionales o extraordinarios.

Como mejoras de ésta legislación pueden establecerse:

- Dotar a los autobuses para desplazamientos interurbanos de cinturones abdominales.
- Eliminación de las paradas cercanas a cruces o vías de circulación rápida o peligrosa.
- Mejorar las señales luminosas de parada, que sean mas visibles y utilizar alguna señal acústica.
- Obligar a los conductores de otros vehículos a reducir su velocidad a 20 o 30 Km/h en las bajadas de escolares.
- Prohibir que el autobús lleve mas niños que asientos.
- Prohibir que los autobuses con mas de 10 años puedan realizar desplazamientos interurbanos.

Educación para la seguridad y la prevención

El apartado e) del art 24 de la Convención de los Derechos del Niño, aprobada por la ONU en la Asamblea general de 20-11-89, dice textualmente:

"Los Estados ... adoptarán las medidas apropiadas para: asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de salud...y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos".

En base a ello, la Escuela debe convertirse en uno de los elementos esenciales de la sociedad, para aplicar el contenido de éste precepto, ya que puede convertirse en la plataforma de discusión, información, profundizaciòn, difusión y educación de los comportamientos y normas de conducta que deben guiar al niño ante los elementos, productos o situaciones peligrosas que están inmersas en nuestra sociedad y que pueden ocasionarle posibles lesiones o daño.

Las formas son variadas, y con apoyo de la legislación y de los Organismos competentes y los materiales necesarios, pueden desarrollarse a través de:

- Talleres de prevención de accidentes, adecuados a la edad y tipos de accidentes mas frecuentes en esa etapa.
- Semana dedicada a la prevención (USA lo hace).
- Salidas a las vías públicas para la formación vial.
- Asistencia de profesionales en cada materia.
- Encuentros o jornadas con los padres. etc...

5. VIAS JURIDICAS DE PREVENCION

- Promulgación de disposiciones que exijan un Estudio o Guía de Seguridad para los centros escolares, sus dependencias e instalaciones, y que su construcción se haga teniendo en cuenta las necesidades y comportamiento de los niños.

- Implantación de estándares obligatorios de seguridad en el equipamiento y en el material de uso escolar, y potenciar la normativa referente a los productos químicos de uso escolar.

- Regulación de las zonas de acceso y entorno de los centros docentes, con una segura planificación urbana, que priorice la seguridad y los derechos del escolar-peatón.

- Obligar a la Administración que introduzca la PAI como disciplina o materia obligatoria en los programas, adaptada a la edad correspondiente.

- Que se le garantice al niño el más alto nivel posible de salud, exigiendo niveles generales y específicos de seguridad.

- Imponer como norma obligatoria de normalización la "medida niño", y que se prevea la posible utilización de cualquier producto, elemento o servicio por el niño.

- Exigir un endurecimiento de las normas de admisión de publicidad y de programas de TV, que incitan a la imprudencia y facilitan conductas peligrosas.

- Eliminar de los centros escolares materiales y elementos inflamables, cortantes, deslizantes, punzantes, etc.

- Mejorar la normativa de los transportes escolares.

- Crear rápidos y eficaces mecanismos de retirada del mercado, de productos peligrosos o defectuosos.

- Incorporar a la legislación recomendaciones, medidas y estándares de seguridad, demostrados eficaces en otros países, además de los ya aplicados en nuestro país.

- Potenciar la legislación local o autonómica de prevención, mas rápida y cercana que la estatal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Podemos asegurar que, rara vez, en el proceso de creación normativa, se toma en cuenta el comportamiento del niño, que varía según la etapa etaria en la que se encuentra. A la hora de regular u ordenar los elementos del entorno en el que el niño se desarrolla y vive, no se piensa en el niño usuario. Las casas y los edificios se diseñan y construyen sin pensar en ese 50% de usuarios que son los niños. Como se comprobó con la experiencia de la "Casa Gigante" que recorrió varios países de Europa, hecha a gran escala, para que los adultos comprobaran los numerosos peligros a que se ven sometidos los niños en su propia casa.

El derecho y la legislación, tiene poco carácter preventivo, por lo que en ésta materia de los accidentes infantiles hay que cambiar el espíritu de los legisladores que sólo regulan un hecho, conducta o actividad cuando ya se ha demostrado su peligro y la necesidad de proteger a los afectados y víctimas. Es más, en algunos casos podría hablarse de una auténtica omisión de socorro o de inducción al accidente, cuando los adultos prevemos un posible peligro para el niño y no hacemos nada por eliminarlo.

Hoy las ciudades se urbanizan y planifican intentando darle mas solución al aumento incesante de vehículos, que a los derechos y a la seguridad de los desplazamientos de niños y ancianos.

Es necesario crear una conciencia social, dirigida a introducir en todo proceso productivo, legislativo, de planificación, construcción o creación de nuevos elementos de nuestro entorno, la idea de que su usuario directo o indirecto, puede ser un niño, que por su falta de madurez o responsabilidad, puede ser dañado gravemente.

Igual que aparecen conceptos nuevos en nuestra sociedad, como el estudio del impacto medio-ambiental u otros, hay que introducir el de "Estudio de Seguridad Infantil", como una esencial medida de prevención de accidentes, y conseguir la eliminación de factores de riesgo, peligro o daño, utilizando todos los medios posibles y a cuantos profesionales estén dispuestos a implicarse en ésta lucha.

7. TEXTOS LEGALES

Comunicación de la Comisión COM 87/211 final de 14.05.87, sobre una campaña comunitaria de información y sensibilización sobre seguridad infantil.

Decisión del Consejo 89/45/CEE, de 21.12.88, sobre intercambio rápido de información sobre los peligros derivados de la utilización de productos de consumo (D.O. n.º L 17/51 de 21.01.89).

Directiva del Consejo 89/106/CEE de 21.12.88 sobre seguridad de los productos de construcción (D.O. n.º L 40 de 11.02.89).

Directivas del Consejo 82/806/CEE de 22.11.82 y 85/610/CEE de 20.12.85, limitan la utilización de benceno y amianto en productos infantiles (D.O. L 339 de 01.12.82 y L 375 de 31.12.85).

Directiva sobre Seguridad en las Escuelas (en proyecto).

Ley 26/1984 de 19 de julio, General para la defensa de los consumidores y usuarios (BOE de 24.07.84).

Real Decreto 7/88 de 8 de enero, relativo a las exigencias de seguridad del material eléctrico.

Real Decreto 279/1991 de 1 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Edificación NBE-CPI/91: "Condiciones de protección contra incendios en los edificios". (BOE 58 de 08.31.91). Aplicación transitoria de la NBE-CPI/81, Anexo A7: "Condiciones particulares del uso docente" (BOE 224 de 18.09.81).

Real Decreto 2296/1983 de 25 de agosto, sobre transporte escolar y de menores. Normas sobre Seguridad.

Orden de 29 de noviembre de 1984 que aprueba el Manual de Autoprotección para el desarrollo de un plan de emergencia contra incendios y de evacuación en locales y edificios. Aplicado en la Comunidad Autónoma Andaluza para los Centros Docentes no Universitarios, mediante la Orden de 04.11.85 (BOJA 116 de 07.12.85).

Orden de 27.12.85 y Resolución de 30.12.85, sobre la supresión de barreras arquitectónicas en los edificios escolares públicos (BOJA de 21.01.86).

Real Decreto 149/1989, de 3 de febrero, aprueba el Reglamento de pinturas, barnices, tintas, y productos afines. (BOE de 14.12.89).

8. BIBLIOGRAFIA

- Plan de Prevención de Accidentes Infantiles 1979. Comité Nacional para la Prevención de los Accidentes en la Infancia. Anales Españoles de Pediatría. Octubre 1979.
- Estudio epidemiológico de la mortalidad y morbilidad por accidentes infantiles en la Comunidad Valenciana. M.ª Encarnación Pérez Gascón. Consellería de Sanitat y Consum. Valencia 1991.
- Los Escolares y la Salud. Conductas relacionadas con los accidentes. Ramón Mendoza y M.ª Reyes Sagrera. Ministerios de Educación y de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.
- Informe de la Comisión de Menores del Senado: Problemática del Menor. Madrid, 17.05.89.
- M.ª ANGELES PARRA LUCAN: Daños por producto y protección del consumidor. Bosch Editor S.A. Barcelona, 1990.
- J. PICAÑOL: Prevención de accidentes infantiles. Institut Municipal de Salut. Ayuntament de Barcelona, 1982.
- W.H.J. ROGMANS y BARBARA SAUNDERS: Domestic accidents in childhood and their prevention in Europe. Report 49/1990 del Consumer Safety Institute. Amsterdam, 1990.
- RAGNAR BERFENSTAM y INGALILL SODERQUIST: The rights of children to a safe environment. National Board for Consumer. Estocolmo, 1992.
- MATS KLOCKLJUNG: Los accidentes pueden ser prevenidos. Revista "Actualidades de Suecia" de octubre 1989.
- Childrens and roads: A safer way. Propuesta del Ministerio de Transportes del Reino Unido. Londres, 1990.
- The Healthy Community. Child Safety. Ponencias y comunicaciones de la Conferencia de Estocolmo celebrada en abril de 1987.

MESA REDONDA:

Educación sexual en la escuela

La educación sexual hoy

D. Félix López Sánchez
Catedrático de Psicología de la Sexualidad
Universidad de Salamanca

LOS NUEVOS RETOS

Superada la fase en que se discutía la conveniencia o no de la educación sexual, nos enfrentamos ahora a nuevos retos. Desde nuestro punto de vista estos son fundamentalmente los siguientes:

1. En cuanto a los contenidos

¿Cuál es el contexto de referencia de la educación sexual? ¿Tiene sentido hablar simplemente de educación sexual o debe ubicarse ésta en un contexto más amplio?

Este reto es cada vez más acuciante porque el sistema educativo está sometido a multitud de demandas concretas que se presentan como aisladas unas de otras, defendidas por diferentes personas y colectivos que aseguran ser mensajeros de "lo más importante": educación sexual, educación ambiental, educación para el consumo, programas de prevención de drogas, alcoholismo, etc., etc.. Cada persona o grupo pretende "vender" "su proyecto" como el más importante, sometiendo a los educadores a presiones y demandas que entran en competencia entre sí, saturando las posibilidades del propio sistema educativo.

2. En cuanto a la organización

¿Los contenidos denominados transversales, son adecuadamente transmitidos con una organización transversal de la enseñanza?

Aunque efectivamente la educación sexual es uno de los múltiples contenidos transversales, ¿se garantiza su adecuada implantación real organizando su enseñanza únicamente de forma transversal, responsabilizando a todos los profesores y a nadie en particular?

3. En cuanto a la metodología

Bastante superada la fase de la ignorancia sobre la sexualidad, pero siendo insuficiente la mera información, ¿cómo conseguir la efectividad de la educación sexual?. En un momento en que la actividad sexual está asociada a grandes riesgos -Sida, Enfermedad de Transmisión Sexual, roles de género discriminatorios, agresiones y violencia sexual,inestabilidad de los vínculos de la pareja, falta de ética relacional, etc.-, ¿cómo conseguir que la educación sexual sea efectiva?

UN INTENTO DE RESPUESTA

1. El contexto de la educación sexual

La educación sexual tiene sentido como una parte de la Educación para la Salud.

Durante mucho tiempo ha sido predominante un **concepto negativo** de salud, entendiendo ésta como " ausencia de enfermedad", 'el silencio de los órganos" o, más jocosamente, "un estado transitorio que no presagia nada bueno".

La necesidad de un nuevo concepto de salud se ha hecho cada vez más evidente a lo largo del siglo veinte:

a. La Organización Mundial de la Salud propone una primera definición renovadora en l946:

"Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad".

El concepto de bienestar saca a la salud del paradigma de la enfermedad y la muerte, para introducirla en un concepto positivo. Con el reconocimiento del bienestar físico, mental y social, supera la concepción organicista e individualista de la salud.

Pero este concepto, aun siendo muy innovador, es genérico y puede dar lugar a interpretar la salud como un estado estático ante el que el sujeto o la sociedad no tienen nada que hacer. Tal vez por ello la OMS ha dado otras definiciones complementarias.

b. **"Capacidad de realizar el propio potencial personal y responder positivamente a los retos del ambiente"** (OMS: Oficina Europea, l985).

En esta definición se deja claro el **papel activo del sujeto**, la salud es entendida como capacidad del propio individuo, se interpreta el **bienestar de forma dinámica y teleológica**, como promoción de las propias posibilidades y por tanto como logro de la mejor autorrealización posible, y, por último, se tiene en cuenta que el ambiente en que viven las personas cambia y que **la capacidad de adaptación a estos cambios es también salud**.

Se trata, por consiguiente, de una forma de entender el bienestar más dinámica; la persona y el ambiente cambian y deben hacerlo en la dirección correcta (mayor grado de bienestar) y responsable (cada persona y cada sociedad tiene unas potencialidades y su deber es desarrollarlas).

El nuevo concepto de salud conlleva numerosas implicaciones:

A. Un concepto de meta, siempre presente y siempre inalcanzable: bienestar y promoción del desarrollo óptimo, subjetivo y social.

No puede haber salud contra el individuo o contra la sociedad, no basta el bienestar actual, es necesario siempre seguir promocionando las potencialidades del individuo y el grupo social.

B. Un cambio en el rol de las personas, de los profesionales y los servicios de la salud.

a. Las personas y grupos sociales son agentes activos que promocionan su bienestar y el de los demás.

Lo esencial, desde este punto de vista, es el estilo de vida personal y social. Las personas y los grupos sociales pueden y deben promocionar la salud.

b. Los profesionales y los servicios de salud deben dejar de esperar a que aparezcan los problemas y concentrarse en la atención terciaria, para promover la salud y centrarse en la atención primaria.

C. Se modifica también el modelo de intervención.

Este modelo deja de ser clínico-reparador para pasar a ser comunitario y basado en adquisición de competencias personales y sociales.

Se trata de aprender a promocionar la salud de forma personal y en cooperación con toda la comunidad.

D. La promoción de la salud pasa a ser el objetivo básico.

El modelo comunitario y de competencia se propone antes que nada "promocionar la salud individual y social". Esta promoción es vista por la propia Organización Mundial de la Salud como el "proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y, por tanto, mejoren la salud".(OMS, 1985. Oficina Europea).

Esta promoción de la salud no se consigue con buena voluntad individual o social, sino que para hacer posible estilos de vida personales y sociales adecuados, deben tomarse medidas económicas, legales, urbanísticas, culturales y educativas. En éstas últimas vamos a centrarnos nosotros.

La **educación para la salud** es uno de los medios esenciales para promocionar la salud individual y social porque la competencia personal y comunitaria para potenciar la salud puede ser aprendida.

En términos de la propia OMS, la educación para la salud es " cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite" (OMS, 1983).

Se trata, por tanto, de que la gente aprenda a:

A. DESEAR estar sana. Y, por cuanto hemos dicho anteriormente, desee optimizar sus posibilidades de bienestar.

B. SABER como alcanzar la salud. Se trata de adquirir habilidades que le permitan tener el control mayor posible sobre su salud y sobre los riesgos que ésta pueda tener.

C. HACER lo que puedan para que tanto individual como colectivamente promuevan la salud. En este sentido es importante saber que **estamos sanos por lo que hacemos, no por lo que sabemos**.

D. BUSCAR AYUDA cuando la necesite. Supone conocer los recursos comunitarios a los que se puede recurrir o con los que se puede colaborar.

La educación sexual como contenido de la Educación para la Salud

Entendida así la salud,la educación sexual se convierte en uno de los contenidos esenciales de la educación para la salud, puesto que la necesidad de contacto, la actividad sexual y las relaciones interpersonales íntimas es una de las necesidades básicas de cuya satisfacción depende en gran manera el bienestar de las personas. El placer sexual, el bienestar asociado a la vivencia de los afectos y la comunicación interpersonal están entre las posibilidades del ser humano cuya satisfacción proporciona mayor bienestar.

Desde otra perspectiva, los numerosos riesgos personales y sociales asociados a la actividad sexual (Sida y otras enfermedades de transmisión sexual, Embarazo no deseado, agresiones y violencia sexual, fracasos relacionales, etc.) hacen también necesaria la educación sexual para prevenir la salud personal y social.

Por ello cualquier **esquema general de los contenidos de salud** debe incluir la educación sexual:

Los contenidos concretos de la educación sexual dependen de la edad, pero en todos los casos deben estar orientados a promocionar el bienestar en las relaciones interpersonales íntimas y a evitar los riesgos asociados a la actividad sexual. Y todo ello contextualizado en un estilo de vida personal, social y ecológico que fomente la salud en favor de las mejores posibilidades del hombre.

Estos contenidos podrían ser los siguientes:

1. OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE LA EDUCACION INFANTIL (0-6 años)

Aspectos básicos seleccionados :

1.1. Identidad sexual, figura corporal , rol de género y conductas sexuales.
1.2. Vínculos afectivos y familia.
1.3. Los amigos y los compañeros.
1.4. Nuestro origen
1.5. El lenguaje.

Durante este periodo, en el cual pueden distinguirse dos ciclos (0-3; 3-6) la educación sexual formal debe limitarse, por razones obvias, al segundo ciclo, especialmente al periodo comprendido entre cuatro y seis años. Antes de este periodo corresponde a los padres ofrecerles el afecto y los cuidados oportunos para que evolucionen bien sexualmente. Los tres primeros años de vida deben, por tanto, ser objeto de los ciclos de educación sexual de los padres.

1.1. IDENTIDAD SEXUAL, FIGURA CORPORAL, ROL DE GENERO, CONDUCTAS SEXUALES

A. OBJETIVOS

- Ser capaz de describir las partes más importantes del cuerpo humano.
- Diferenciar las partes corporales propias del hombre y de la mujer, del niño y de la niña.
- Aceptar bien todas las partes del cuerpo humano, tanto del hombre como de la mujer.
- Reconocerse correctamente como niño o niña.
- Aceptar bién su identidad sexual.
- Adquirir los hábitos de higiene corporal básicos.

- Reconocer la ropa, adornos, juguetes, juegos y actividades asignadas a cada rol de género.
- Conocer que las excepciones en cuanto al rol existen, son posibles y deben ser aceptadas.
- Adquirir un rol flexible .
- Adquirir un rol no discriminativo.
- Aceptación positiva de los genitales.
- Aceptación positiva de las conductas sexuales propias y ajenas.
- Aprender a realizar en la intimidad la conducta masturbatoria, si la hay.
- Aprender a decir no a las demandas sexuales de los adultos.
- Comunicar a los padres o educadores posibles abusos.
- Preguntar con libertad lo que se desee saber.

B. CONTENIDOS

- Conocimiento del cuerpo sexuado.
- Identidad sexual y rol de género.
- Cuidados básicos del cuerpo.
- Conductas sexuales de niños y adultos. Los abusos sexuales.

1.2. VINCULOS AFECTIVOS Y FAMILIA

A. OBJETIVOS

- Saber lo que es una familia en otras especies y en la nuestra.
- Conocer diferentes tipos de familia.
- Saberse y sentirse miembro de una familia.
- Mantener, en la medida de lo posible, adecuadas relaciones de apego.
- Saber reconocer y manifestar afectos.
- Saber comunicarse de forma armoniosa con los miembros de la familia.
- Compatir los afectos con padres y hermanos de forma no celosa.
- Adquirir hábitos de autonomía y colaboración dentro de la familia.
- Adquirir hábitos de igualdad entre los sexos, no sexistas.

B. CONTENIDOS

- La familia y sus relaciones.
- La casa y las actividades domésticas.

1.3. LOS AMIGOS Y COMPAÑEROS

A. OBJETIVOS

- Distinguir entre desconocido, conocido, compañero y amigo.
- Reconocer, aunque sea rudimentariamente, que significa la amistad.
- Reconocer lo que es la colaboración y la ayuda.

- Valorar positivamente las conductas de ayuda y colaboración.
- Ser capaz de tener conductas de ayuda y colaboración.
- Participar con normalidad en juegos y actividades con los niños y las niñas.
- Aceptar a los niños y niñas que son diferentes por algún motivo.

B. CONTENIDOS

- Amigos, compañeros, conocidos y desconocidos.
- Las conductas de ayuda y colaboración.

1.4. NUESTRO ORIGEN

A. OBJETIVOS

- Describir cómo se hacen los niños.
- Describir dónde y cómo se desarrollan durante el embarazo.
- Describir cómo nacen.
- Describir los principales cuidados de un niño recién nacido.
- Entender que la decisión de tener un niño es de ambos padres.
- Entender que ambos participan en la fecundación y cuidados de los hijos.
- Entender que puede haber relaciones sexuales sin que haya fecundación.
- Entender que los padres tienen relaciones e hijos porque se quieren.

B. CONTENIDOS

- Reproducción, embarazo y parto.
- Los padres y el cuidado de los niños pequeños.

1.5. LENGUAJE

A. OBJETIVOS

- Usar un vocabulario adecuado para nombrar las partes más importantes del cuerpo, incluidos los genitales.
- Conocer y usar, si fuera necesario, el vocabulario popular sobre las partes más sexuales del cuerpo.

B. CONTENIDOS

- ¿Con qué palabras hablamos del cuerpo y sus funciones?

2. OBJETIVOS Y CONTENIDOS DURANTE LA ESCUELA PRIMARIA (6-12 años)

Durante este periodo proponemos sean objeto de educación sexual los siguientes aspectos:

2.1. Cuerpo, figura corporal , identidad sexual y rol de género.
2.2. Vínculos afectivos y familia.
2.3. La amistad la cooperación y la ayuda.
2.4. El origen de los niños.
2.5. El lenguaje.
2.6. Conductas sexuales
2.7. Abusos sexuales.

Esta etapa, tal como está planteada por el Ministerio de Educación es demasiado larga. En los primeros años, hasta aproximadamente los ocho años, pueden trabajarse los temas planteados en Educación Infantil, pero con mayor profundidad. En los últimos años, a partir de los once, por el contrario, pueden tratarse, de forma menos extensa, los propuestos para la Enseñanza Secundaria.

Nuestra propuesta, intenta situarse en este caso, a un nivel intermedio entre Educación Infantil y Educación Secundaria, por tanto, con objetivos que deberían lograse en torno a los diez años. Esto lo hacemos porque los niños y , sobre todo, las niñas de 12 años deben tener conocimientos, en materia de sexualidad, muy similares a los adolescentes y tomarlos como referencia de esta etapa haría que, en este caso, nuestra propuesta no fuera útil a quienes trabajan con niños y niñas menores. En definitiva, se trata de reconocer que la pubertad supone un fenómeno nuevo, cualitativamente distinto, que no puede ser olvidado. Quienes trabajan con púberes deben hacer una programación a partir de esta propuesta y la que hacemos para la etapa secundaria.

2.1. CUERPO, FIGURA CORPORAL, IDENTIDAD SEXUAL Y ROL DE GENERO

A. OBJETIVOS

- Describir correctamente todas las diferencias anatómicas importantes entre el hombre y la mujer, los niños y las niñas, los adultos y los niños.
- Describir correctamente las partes fundamentales de los organos genitales internos y externos de la mujer y del hombre.
- Describir los cambios anatómicos más importantes que tiene lugar en la pubertad.
- Conocer de forma rudimentaria el ciclo femenino, la eyaculación y la respuesta sexual humana.
- Aceptar positivamente las diferentes partes del cuerpo y la figura corporal.
- Adquirir hábitos saludables en relación con la limpieza y la alimentación.
- Adquirir la constancia de la identidad sexual.
- Distinguir con claridad entre identidad sexual y rol de género.
- Aceptación positiva de la propia identidad sexual.
- Reconocimiento de los roles de género.
- Adquisición de roles de género flexibles.
- Adquisición de roles de género igualitarios, no discriminatorios.
- Reconocer algunos aspectos de la discriminación social por causa del rol sexual.
- Defender la igualdad entre los sexos.

B. CONTENIDOS

- El cuerpo sexuado: anatomía sexual y fisiología sexual.

- Figura corporal y los cuidados higiénicos del cuerpo.
- Cambios en la pubertad.
- La Identidad sexual y el rol de género.

2.2. VINCULOS AFECTIVOS Y FAMILIA

A. OBJETIVOS

- Describir lo que es la familia y describir los diferentes tipos.
- Sentirse miembro de una familia.
- Conocer los diferentes tipos de parentesco.
- Reconocer el significado afectivo y social de la familia.
- Tener , en la medida de lo posible, adecudas relaciones afectivas con la familia.
- Conocer las diferentes tareas domésticas.
- Colaborar de forma no sexista en las tareas dométicas.

B. CONTENIDOS

- La familia.
- La casa.

2.3. LA AMISTAD, LA COOPERACION Y LA AYUDA

A. OBJETIVOS

- Distinguir entre desconocidos, conocidos, compañeros y amigos.
- Describir las características esenciales de la amistad.
- Distinguir entre cooperación y ayuda.
- Valorar positivamente la amistad.
- Valorar positivamente la cooperación
- Valorar positivamente la ayuda.
- Ser capaz de colaborar con los demás.
- Ser capaz de ayudar a los demás.
- Participar en actividades escolares y lúdicas con chicos y chicas.
- No discriminar a nadie por el hecho de ser diferente.

B. CONTENIDOS

- La amistad.
- La cooperación y la ayuda.
- Las diferencias entre las personas (sexo, raza, nacionalidad, figura corporal, etc.) .

2.4. EL ORIGEN DE LOS NIÑOS

A. OBJETIVOS

- Describir correctamente el proceso de fecundación.
- Describir algunos elementos esenciales del desarrollo fetal.
- Conocer algunos elementos esenciales del mecanismo del parto.
- Describir los cuidados fundamentales que necesita un niño recién nacido.
- Entender la fecundación como una decisión libre y responsable de los padres.
- Saber que puede haber actividad sexual sin fecundación.
- Conocer algunos de los diferentes métodos y medios que pueden usar los adultos para evitar el embarazo.

B. CONTENIDOS

- Reproduccion: fecundación, embarazo y parto.
- Cuidados del niño pequeño.
- Rudimentos de anticoncepción.

2.5. EL LENGUAJE

- Conocer y usar de forma apropiada los principales nombres técnicos referidos a la sexualidad.
- Conocer el lenguaje vulgar sobre la sexualidad.
- Hacer valoraciones positivas o negativas, según los términos, del lenguaje vulgar referido a la sexualidad.

B. CONTENIDO

- Análisis del lenguaje referido a la sexualidad.

2.6. CONDUCTAS SEXUALES

A. OBJETIVOS

- Reconocer diferentes conductas sexuales: caricias, besos, masturbación, relaciones coitales.
- Aceptar con naturalidad determinadas manifestaciones siempre que tengan lugar en la intimidad y respeten al otro.
- Reconocer el valor de la asociación entre afecto, compromiso y sexualidad.
- Reconocer que los niños y los adultos tienen necesidades e intereses diferentes.
- Aceptar deteminados juegos de imitación y exploración con naturalidad.

B. CONTENIDOS

- Conductas sexuales.

2.7. ABUSOS SEXUALES

A. OBJETIVOS

- Describir lo que es un abuso sexual.
- Saber reaccionar adecudamente en caso de que intenten abusar de él-ella.
- Comunicar el abuso sexual, si se ha consumado.

B. CONTENIDO

- Los abusos sexuales , la forma de reaccionar ante ellos y la conveniencia de comunicarlos.

3. EDUCACION SEXUAL EN LA ESCUELA SECUNDARIA: ADOLESCENCIA (12-16 años)

Los temas seleccionados son los siguientes:

3.1. Somos sexuados.
3.2. Como funciona nuestro cuerpo.
3.3. Cambios en la pubertad y figura corporal.
3.4. Orientación del deseo sexual.
3.5. La identidad sexual y el rol de género.
3.6. Planteamientos históricos, sociales y culturales sobre la sexualidad.
3.7. Relaciones interpersonales con la familia.
3.8. Relaciones interpresonales con los iguales.
3.9. Deseo, Atracción, Enamoramiento y diferentes tipos de compromisos.
3.10. Conductas sexuales.
3.11. La reproduccion.
3.12. Anticoncepción y Aborto.
3.13. Riesgos:
    3.13.1. Embarazo no deseado.
    3.13.2. Enfermedades de transmisión sexual.
    3.13.3. Violencia sexual.

La propuesta que hacemos para este periodo puede usarse con niños y niñas de once y doce años, limitando su extensión y profundidad, y también con jóvenes hasta los veinte años, seleccionando y ampliando algunos temas.

3.1. SOMOS SEXUADOS. CONCEPTO DE SEXUALIDAD

A. OBJETIVOS

- Describir los elementos o niveles biofisiológicos y psicosociales de la sexualidad.
- Reconocer y aceptar la sexualidad como una dimensión fundamental de la persona que mediatiza todo nuestro ser.

- Reconocer que la sexualidad cambia en relación con la edad, aceptando su importancia en todas las etapas de la vida.
- Describir las diferentes posibilidades o fines de la sexualidad: afecto, comunicación, placer, procreación.

B. CONTENIDOS

- Niveles biofisiológicos (sexo genético, gonadal, genital, somático y cerebral) y psicosociales (identidad, rol, deseo, afectos, conductas...) de la sexualidad.
- Evolución de la sexualidad.
- Los fines de la sexualidad.

3.2. COMO FUNCIONA NUESTRO CUERPO SEXUADO

A. OBJETIVOS

- Describir la regulación hormonal del ciclo femenino y sus implicaciones para la reproducción.
- Describir el proceso de formación del semen y la eyaculación.
- Describir las fases de la respuesta sexual humana.

B. CONTENIDOS

- Ciclo femenino.
- Formación del semen.
- Respuesta sexual humana.

3.3. CAMBIOS EN LA PUBERTAD Y FIGURA CORPORAL

A. OBJETIVOS

- Describir los cambios biofisiológicos que tienen lugar en la pubertad.
- Conocer los cambios biosociales asociados a la pubertad.
- Analizar críticamente los modelos de belleza dominante.
- Proponer valores referidos al cuerpo y la figura corporal alternativos a los dominantes.
- Aceptar bien su propia figura corporal.
- Adquirir determinados hábitos de higiene corporal.

B. CONTENIDOS

- Cambios biofisiológicos de la pubertad.
- Cambios psicosociales.
- La importancia de la figura corporal.

3.4. ORIENTACION DEL DESEO

A. OBJETIVOS

- Conocer cuales son las diferentes orientaciones del deseo.
- Diferenciar las formas que podemos considerar saludables de las parafilias.
- Aceptar la propia orientación del deseo.
- Aceptar la orientación del deseo de los demás.

B. CONTENIDOS

- La heterosexualidad, la homosexualidad y bisexualidad.
- Las parafilias.

3.5. LA IDENTIDAD SEXUAL Y EL ROL DE GENERO

A. OBJETIVOS

- Distinguir con claridad entre identidad sexual y rol de género.
- Comprender que el rol de género depende fundamentalmente de las asignaciones sociales hechas al hombre y a la mujer.
- Analizar criticamente los roles de genero.
- Aceptar la propia identidad sexual.
- Adquisición de roles de género flexibles.
- Asunción de roles de género igualitarios, no discriminativos.

B. CONTENIDOS

- Identidad sexual y roles de género.

3.6. PLANTEAMIENTOS HISTORICOS, SOCIALES Y CULTURALES SOBRE LA SEXUALIDAD

A. OBJETIVOS

- Comprender que en todas las sociedades se han regulado las conductas sexuales.
- Conocer que la regulación de la sexualidad es distinta en cada cultura, sociedad y momento histórico.
- Analizar la regulación social de la sexualidad en nuestra sociedad.
- Analizar el tratamiento que hacen de la sexualidad los medios de comunicación social (T.V., Prensa escrita, Literatura, Cine, etc.)
- Reconocer la necesidad de una ética social.

B. CONTENIDOS

- Diferencias culturales (datos antropológicos) sociales e históricas (datos sociológicos e históricos)

- Normas, moral , costumbres y valores en relación con la sexualidad en nuestra sociedad.
- Los medios de comunicación social y la sexualidad.
- Necesidad de ética social.

3.7. RELACIONES INTERPERSONALES CON LA FAMILIA

A. OBJETIVOS

- Conocer los cambios sociales en la estructura familiar y los tipos de familia actuales.
- Reconocer la importancia social de la familia.
- Reconocer la importancia personal de la familia como núcleo que satisface necesidades afectivas básicas.
- Establecer relaciones de confianza y diálogo entre los padres y los hijos.

B. CONTENIDOS

- La familia: análisis histórico y social.
- Las relaciones padres e hijos.

3.8. RELACIONES INTERPERSONALES CON LOS IGUALES

A. OBJETIVOS

- Reconocer el significado y la importancia de la amistad.
- Reconocer el significado y la importancia de la comunicación.
- Reconocer la importancia de la cooperación y la ayuda.
- Analizar las dificultades en las relaciones chico-chica.
- Ser capaz de dialogar con las personas del otro sexo .
- Saber expresar los sentimientos, afectos, deseos, intenciones y decisiones.
- Saber entender los sentimientos, afectos, deseos, intenciones o decisiones de los demás.
- Saber respetar, aceptar o rechazar los sentimientos, afectos, deseos, intenciones y decisiones de los demás.

B. CONTENIDOS

- La amistad.
- Las relaciones chico-chica.
- Las habilidades sociales.

3.9. DESEO, ATRACCION, ENAMORAMIENTO Y DIFERENTES TIPOS DE COMPROMISO

A. OBJETIVOS

- Distinguir entre Deseo, Atracción y Enamoramiento.

- Describir diferentes tipos de compromiso en las relaciones interpersonales.
- Valorar positivamente el rol de la comunicación, intimidad, atracción, afecto y compromiso en las relaciones interpersonales.
- Analizar las relaciones entre sexualidad los diferentes componentes de las relaciones amorosas (intimidad, atracción, afecto y compromiso).
- Valorar positivamente las relaciones sexuales asociadas a la atracción, la comunicación, el afecto y los compromisos.

B. CONTENIDOS

- Conceptos de Deseo, Atracción y Enamoramiento.
- Los componentes de la relación amorosa.
- Sexualidad, comunicación, afecto y compromiso.

3.10. CONDUCTAS SEXUALES

A. OBJETIVOS

- Conocer las diferentes funciones que puede tener la sexualidad: comunicación, afecto, placer, reproducción.
- Conocer los posibles significados y usos de la masturbación.
- Saber que hay diferentes orientaciones del deseo (heterosexual, homosexual y bisexual) que conllevan diferentes patrones de comportamiento sexual.
- Conocer que hay diferencias culturales en las conductas sexuales.
- Conocer las conductas sexuales que de hecho suelen tener las personas en las diferentes épocas de la vida, especialmente durante la adolescencia y juventud.
- Analizar los factores sociales, históricos, ideológicos y científicos, de los que dependen los cambios en las conductas sexuales.

B. CONTENIDOS

- Las conductas sexuales de los adolescentes y jóvenes: conductas masturbatorias, para-coitales y coitales.
- Sociología de la sexualidad: análisis de conductas y de los factores que regulan el cambio.

3.11. LA REPRODUCCION

A. OBJETIVOS

- Reconocer la fecundación como un acto libre y responsable de los dos miembros de la pareja.
- Describir el proceso de fecundación.
- Conocer las grandes etapas del desarrollo prenatal.
- Conocer los elementos esenciales del proceso del parto.
- Conocer los principales cuidados del recien nacido.

B. CONTENIDO

- Fecundación, embarazo y parto.

- Cuidados del recien nacido.

3.12. ANTICONCEPCION Y ABORTO

A. OBJETIVOS

- Adquisición del concepto de planificación .
- Clasificar y describir los diferentes métodos anticonceptivos.
- Conocer las ventajas e inconvenientes de los principales métodos anticonceptivos.
- Conocer la forma de uso de los métodos anticonceptivos.
- Conocer la ubicación y denominación de los Centros de Planificación más cercanos y su forma de funcionamiento.
- Saber donde y como se pueden adquirir los métodos anticonceptivos más usuales.
- Reconocer que las conductas orientadas a controlar los embarazos no deseados son responsabilidad de los dos miembros de la pareja.
- Saber que es el aborto.
- Conocer la problemática legal, social y personal del aborto.
- Reconocer la necesidad de prevenir el aborto.

CONTENIDOS

- Planificación y métodos anticonceptivos.
- El aborto

3.13. LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD SEXUAL

3.13.1. Embarazo no deseado

A. OBJETIVOS

- Reconocer que la actividad sexual en determinadas ciscunstancias puede entrañar riesgos.
- Conocer la realidad social de los embarazos no deseados.
- Analizar los factores de riesgo asociados al embarazo no deseado.
- Reconocer que los adolescentes y jóvenes son un grupo de riesgo en cuanto al embarazo no deseado.
- Conocer las consecuencias sociales, de pareja y personales del embarazo no deseado.
- Conocer los posibles planteamientos posteriores a un embarazo no deseado.
- Considerar el embarazo no deseado como una conducta muy irresponsable para con la pareja, la sociedad y uno mismo.
- Adquisición de habilidades sociales que permitan evitar el embarazo no deseado.

B. CONTENIDOS

- El embarazo no deseado. Los adolescentes y jóvenes como grupo de riesgo.
- Habilidades sociales para evitar los factores de riesgo y o usar anticonceptivos, en caso de actividad sexual.

3.13.2. Enfermedades de transmisión sexual

A. OBJETIVOS

- Analizar las causas sociales por las que estas enfermedades se han extendido entre la población.
- Describir las principales enfermedades de transmisión sexual.
- Describir los síntomas más importantes de cada una de estas enfermedades.
- Conocer las principales pautas de prevención.
- Conocer los centros próximos donde se puede pedir ayuda en caso de haber adquirido una enfermedad de transmisión sexual.

B. CONTENIDO

- Enfermedades de transmisión sexual.

3.13.3. Violencia y sexualidad

A. OBJETIVOS

- Conocer los datos más importantes sobre abusos sexuales, violaciones y acoso sexual.
- Conocer los factores sociales y personales que favorecen este tipo de conductas.
- Conocer los posibles efectos de la violencia sexual.
- Adquirir las habilidades sociales para prevenir y evitar las agresiones sexuales.
- Saber como se debe reaccionar en caso de agresión sexual.
- Conocer a quién se puede pedir ayuda en caso de haber sufrido una agresión sexual.

B. CONTENIDO

- Las agresiones sexuales: abuso sexual, violación y acoso sexual.
- Sexualidad y violencia en nuestra sociedad.

2. COMO ORGANIZAR LA EDUCACION SEXUAL

El segundo de los retos hace referencia a la **organización de la enseñanza** de estos contenidos. La opción transversal adoptada por el Ministerio no garantiza que se lleve de hecho a cabo. Esta opción solo es realizable cuando los niños y niñas tienen un solo profesor, en los primeros años, y cuando el equipo docente funciona realmente como tal. Como en muchos centros no se cumplen estas condiciones creemos que es necesario:

A.– Conseguir que en Proyecto Educativo de Centro, el Proyecto Curricular y las Programaciones esté adecuadamente representada la Educación Sexual en cuanto a objetivos, contenidos, actividades, y formas de evaluación. Así mismo deben asegurar los recursos personales, materiales y temporales para llevar a cabo los programas.

En concreto, en relación con los diferentes niveles de concreción la Educación para la Salud podría plantearse de la siguiente manera:

En el **Diseño Curricular Base (DCB)** o curriculum obligatorio, elaborado por la Administración Central (MInisterio de Educación) y completado por las Comunidades Autónomas que tienen transferencias.

Debe aparecer de forma directa e indirecta la Educación Sexual:

a. Proponer la educación sexual como uno de los contenidos transversales que deben incluirse en el curriculum.
b. Proponer algunos objetivos y contenidos que hacen referencia a educación sexual
c. Defender el curriculum abierto, dejando capacidad de decisión a los Centros y a los educadores para incluir diferentes temas.

Este planteamiento general ha sido enriquecido con las publicaciones complementarias que ha venido haciendo el Ministerio de Educación (las denominadas "Cajas Rojas"), en las que se ofrecen alternativas relativamente concretas (objetivos y contenidos) para poder llevar a cabo la educación sexual en las diferentes etapas y ciclos.

Los Centros y los educadores disponen, por consiguiente, no sólo de un marco legal que considera necesaria la educación sexual, sino también con la posibilidad de incluir en el curriculum los objetivos y contenidos que consideren adecuados, sirviéndose de las propuestas opcionales que hace el Ministerio o de otras programaciones.

El Proyecto Educativo de Centro (PE**C),** define la identidad del Centro y formula los objetivos educativos generales que pretende conseguir, en un intento de dar coherencia y especificidad a la acción educativa.

Lo elabora el Consejo Escolar del Centro, intentando lograr un consenso general de la comunidad educativa.

En cuanto Educación sexual debería:

- Estudiar las condiciones básicas de salud del Centro y su entorno.
- Explicitar los objetivos que dicho Centro pretende lograr en temas de Salud.
- Preveer los tiempos de aplicación, los educadores, presupuestos, los apoyos y los recursos, etc., necesarios para la aplicación de el programa.
- Establecer el sistema de participación de todos los miembros de la comunidad educativa y de otras posibles instituciones de la comunidad general: padres, educadores, alumnos, especialistas de Centros Sanitarios, etc.

Por ejemplo, creando alguna comisión o consejo de salud, en el que estén representados todos los sectores, que se responsabilice de dinamizar, vigilar, evaluar, etc. el programa de educacion sexual.

El Proyecto Curricular (PC). Se trata de un documento de carácter profesional, que concreta el PCB en una propuesta didáctica, en el contexto específico del PEC.

Es un conjunto de propuestas didácticas, elaboradas por el equipo docente del Centro –normalmente por Etapas– para dar coherencia, secuencialidad, globalidad y significatividad a la acción educativa.

En cuanto a Educación sexual, debería incluir:

- Objetivos generales que se proponen conseguir en cada Etapa.
- Análisis , secuencia y organización de los contenidos.
- Criterios metodológicos.
- Criterios de organización.
- Materiales didácticos.
- Pautas de Evaluación.

Las Programaciones, son el último nivel de concreción.

Los educadores , por ciclos, cursos o individualmente, si la colaboración no es real, pueden y deben concretar en unidades didácticas los objetivos y contenidos del Proyecto Curricular.

Lo ideal es que tratándose de temas transversales, hagan estas programaciones en colaboración.

B.– Crear en cada Centro Educativo un **Consejo de Salud** o similar que garantice la Educación para la Salud y dentro de ella la Educación sexual.. Sólo con la asignación de responsabilidades claramente definidas pueden hacerse realidad estos programas Podría estar formado por representantes de los profesores, los alumnos, los padres y la Comunidad en la que esté ubicado el Centro. Alguno de los profesores debería presidir este Consejo o Comisión, siendo liberado para ello de cierta docencia. Este Consejo podría proponer, supervisar y evaluar los programas de Educación para la Salud, garantizando que realmente se cumplan en todos su términos.

3. LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS

El último de los retos se refiere a la **eficacia de este tipo de programas**. La enorme importancia que estos temas tienen para el desarrollo de la persona y la magnitud de los riesgos asociados a la actividad sexual nos obligan a ser realmente eficaces.
Desde este punto de vista, todos los estudios coinciden en que no es suficiente con que los alumnos estén bien informados, sino que es necesario que tengan conductas eficaces. Es necesario que lleguen a DESEAR promover la salud, SABER como se fomenta la salud, HACER o tener un estilo de vida adecuado y BUSCAR AYUDA o OFRECERLA cuando sea necesario.

Para ello, por lo que hoy sabemos, es necesario que los programas incluyan las siguientes formas de trabajo que parecen ser esenciales para garantizar su eficacia:

1. Implicación explícita de los **padres** en el programa. No basta con obtener el "permiso" de los padres, ni su apoyo implícito. Estos deben ser formados previa o paralelamente para que se comuniquen explícitamente con los hijos sobre estos temas y para que le ofrezcan apoyo y ayudas eficaces. Por ejemplo, por referirnos solo a un aspecto, para que explícitamente les hablen de las condiciones más adecuadas para acceder a la actividad sexual, de los anticonceptivos que pueden usar y para que le digan dónde y cómo se obtiene, cómo se usan, etc.

2. Poner el énfasis en el análisis y cambio de las **actitudes** inadecuadas y la promoción de actitudes que fomenten un estilo de vida saludable que incluya desear estar sano, saber estar sano, hacer por estar sano y estar dispuesto a pedir o ofrecer ayuda en favor de la salud.

3. Incluir formas de enseñanza-aprendizaje en las que , **con los compañeros o iguales, se entrenen conductualmente** a afrontar situaciones reales Los ensayos conductuales están, en este sentido, entre las metodologías más eficaces.

Programa de educación afectivo-sexual

Colectivo Harimaguada
Consejería de Educación, Cultura y Deportes
del Gobierno de Canarias

"Desde la Educación Sexual se debe facilitar la construcción del conocimiento de la sexualidad a través del contraste de las preconcepciones del alumnado con una información lo más objetiva, completa y rigurosa posible a niveles biológico, psíquico y social del hecho sexual humano. Asímismo, habrá que fomentar en el alumnado la adquisición de actitudes positivas de respeto y de conductas responsables ante este hecho. En el mismo sentido se deberá favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, desligada de elementos discriminatorios de género, y el desarrollo de unas relaciones interpersonales equilibradas y satisfactorias".

DISEÑOS CURRICULARES DE CANARIAS DE LAS ETAPAS INFANTIL, PRIMARIA Y SECUNDARIA

El Programa Harimaguada nace con el objetivo de garantizar un derecho básico del alumnado, el de contribuir a su formación integral, asegurando el desarrollo de un aspecto importante de su personalidad: su dimensión afectivo-sexual.

Cuando hablamos de sexualidad, estamos refiriéndonos no sólo a una dimensión importante de nuestra personalidad, sino a una realidad que somos.

Utilizando la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, diríamos que "La sexualidad es una energía que nos motiva a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. La sexualidad influencia nuestros pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y, por tanto, influye en nuestra salud física y mental".

El comportamiento sexual de cada persona es el resultado de la suma de experiencias que acumula a lo largo de su vida. Es decir, que tiene una base biológica, pero se desarrolla y configura principalmente por aprendizaje.

En este sentido, los educadores y educadoras tenemos una enorme responsabilidad en posibilitar a los alumnos y alumnas que vivan una sexualidad sana, feliz y responsable.
En resumen, la sexualidad y la salud están estrechamente vinculadas a la calidad de vida y demandan la necesidad de la Educación Sexual.

La Educación Sexual debe ser entendida como un derecho de niñas, niños y jóvenes, en cuya satisfacción han de colaborar la familia, la escuela y los servicios sociosanitarios, y aunque sus funciones y formas de actuación sean distintas, han de complementarse y coordinarse.

La escuela no tiene sólo una función supletoria de las deficiencias familiares —cuando existen—, sino una

función propia: la de ofrecer una Educación Sexual programada, sistemática e incluida en el currículo escolar, una Educación Sexual Formal. Asimismo, esta función es propia de los servicios sociosanitarios, puesto que junto a la asistencia y prevención sanitaria en el ámbito de la salud sexual, han de programar actuaciones informativas y educativas que promocionen una sexualidad más saludable.

El Programa Harimaguada es fruto del trabajo colectivo de las diferentes comunidades educativas que han participado en su desarrollo, pues desde sus inicios ha dirigido sus actividades hacia todos los miembros de la comunidad escolar (alumnado, profesorado y padres-madres), así como a otros agentes o servicios concurrentes que podrían colaborar en su puesta en marcha y seguimiento.

Desde su creación en el curso escolar 86-87 hasta la actualidad ha pasado por tres etapas complementarias que han repercutido en su enriquecimiento teórico-práctico:
A. Una inicial de experimentación e innovación de múltiples variables en torno a la educación afectivo-sexual en el ámbito escolar (diversas estrategias de evaluación de implicación de las familias, zonas urbanas/rurales, centros EGB/EE.MM., islas centrales, periféricas...).

En esta etapa, se fue consolidando una formación del Profesorado vinculada a la práctica educativa y al trabajo colaborativo en el mismo centro y zona. Las fases y líneas de actuación experimentadas a la hora de integrar la educación afectivo sexual en los centros educativos consistían en:

1) Una fase PREACTIVA en la que se realizaba:

* Presentación, aceptación e implicación de docentes en su desarrollo curricular.
* Diagnóstico inicial de la comunidad educativa y del entorno.
* Formación inicial del profesorado.
* Encuentro de sensibilización con las Madres y los Padres.
* Revisión, adaptación y elaboración de materiales curriculares.

2) Una fase ACTIVA en la que se lleva a cabo:

* El desarrollo del Programa en el aula por parte del profesorado.
* La formación y el seguimiento continuo del profesorado.
* La formación de madres y padres a través de diversas vías.

3) Una fase EVALUATIVA en la que se realizaba:

* La sistematización de los procesos y resultados alcanzados, tanto individuales como colectivos.
* La propuesta de mejoras.
* La difusión de los informes de las experiencias.

B. Una posterior de sistematización de experiencias y de elaboración de materiales didácticos y propuestas curriculares para su inclusión en los programas oficiales de la actual Reforma Educativa.

En estos momentos, y tras un proceso de colaboración con el Gabinete de la Reforma de Canarias, con la finalidad de mejorar la explicitación de la Educación Afectivo-Sexual como contenido transversal de todas las etapas y de los ámbitos o áreas de conocimientos afines, contamos con unos Diseños Curriculares Canarios que respaldan y orientan la integración de esta temática en los Centros.

Asimismo, en esta etapa se lleva a cabo la elaboración definitiva del Material Curricular Harimaguada, compuesto por las Carpetas Didácticas de Educación Afectivo-Sexual, las Guías de Formación de Padres y Madres y el Vídeo y Cuaderno didáctico "Jóvenes y Anticoncepción" para Educación Secundaria.

Todo el material elaborado desde la Experiencia Harimaguada es fruto de la sistematización de las aportaciones, año tras año, de la Comunidad Educativa implicada (profesorado, madres, padres y alumnado). Pretende ser, por tanto, un material vivo y dinámico, cuya aplicación reflexiva lleve al profesorado a adaptarlo y mejorarlo.

En cuanto a las características globales de las Carpetas Didácticas de E.A.S., proponemos un material que:

* Se divide en etapas: Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria. En Primaria, hemos hecho una subdivisión en dos apartados por razones básicamente evolutivas: Primaria a (aconsejable de 6 a 9 años) y Primaria b (aconsejable de 9 a 12 años).
* En cuanto a la concreción de las finalidades (objetivos y contenidos) de las Unidades Didácticas, se encuentran en un nivel 2 —Proyecto Curricular de Centro—, que pueden aún ser más secuenciadas y adaptadas según las características del Centro y del aula (nivel 3).
* Es una propuesta de trabajo globalizadora e interdisciplinar: Las Unidades Didácticas intentan superar la visión de área cerrada, por lo que se presentan como Centros de Interés que dan coherencia y continuidad a los aspectos de Educación Sexual que se encuentran dispersos en diferentes áreas.
* Es un material abierto, flexible y optativo. Posee muchas posibilidades de concretarse, por lo que no establece un orden jerarquizado de actividades y a lo más que llega, es a proponer un modelo de actuación en el aula de carácter investigador, que se enmarca dentro de las líneas didácticas de los Diseños Curriculares Base (constructivismo, aprendizaje significativo, trabajo en equipo, autonomía, actividad...) y contextualizable según los ritmos de enseñanza-aprendizaje de cada docente y discente.

C. Una actual de generalización progresiva y consolidación de medidas de apoyo para su integración real en los centros educativos canarios. Entre estas medidas destacamos:

1) DIFUSION DEL PROGRAMA Y SENSIBILIZACION DE TODAS LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS EN TORNO A LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL A TRAVES DE DIVERSAS VIAS

- Participación en medios de comunicación, en Jornadas, Congresos y/o Seminarios.
- Desarrollo del Plan de Difusión y Adopción de los materiales curriculares de Educación Afectivo-Sexual en las comunidades educativas del Archipiélago.

2) FORMACION DEL PROFESORADO EN EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL, A TRAVES DE DIVERSAS MODALIDADES DE PERFECCIONAMIENTO

- Formación de equipos educativos que integren de forma progresiva la Educación Afectivo-Sexual en el Proyecto Educativo y Curricular de Centro.
- Cursos zonales de sensibilización e iniciación a la Educación Afectivo-Sexual.
- Apoyo y asesoramiento a seminarios permanentes, grupos estables y equipos de centro en el ámbito afectivo-sexual.
- Integración de módulos de Educación Afectivo-Sexual en cursos de especialización y/o de actualización de etapas o áreas afines a esta temática.

- Colaboración con las Escuelas de Formación del Profesorado en la formación inicial de los futuros docentes.

3) ELABORACION Y DISTRIBUCION DE MATERIALES CURRICULARES

Estos materiales van a facilitar la integración de la Educación Afectivo-Sexual en las distintas etapas, desde una visión integral y positiva de la sexualidad humana, y desde una concepción constructiva y participativa de los procesos de enseñanza y aprendizaje.

4. SENSIBILIZACION Y FORMACION DE PADRES-MADRES

Dada su constante presencia en las actuaciones del Programa y los positivos y significativos resultados logrados en las experiencias en las que ha existido una mayor implicación de las familias, se han sistematizado diferentes vías de actuación, flexibles y contextualizables a las diversas realidades de los centros, entre las que destacamos:

- Establecimiento de pautas educativas comunes escuela-familia, a través de reuniones por tutorías, con posible entrega de folletos de discusión en torno a la sexualidad y a la Educación Afectivo-Sexual.
- Participación y colaboración directa en las diversas actividades de aprendizaje que se realizan en el aula, bien desde casa (encuestas, diálogos...) bien a través de la participación en debates, talleres, exposiciones... en la escuela.
- Formación específica en sexualidad, evolución, anticoncepción... a través de ciclos de charlas organizados por el Centro y/o las A.P.A., e impartidas por el equipo Harimaguada, Centros de Salud...
- Diseño, desarrollo y evaluación de experiencias de formación en colaboración con los Servicios Concurrentes de las zonas educativas (equipos multiprofesionales, S.T.O.E.P., A.P.A., servicios sociosanitarios...), usando como estrategia de formación las Guías Didácticas de Formación Afectivo-Sexual para padres y madres.

5. FORMACION EN EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL DE LAS PERSONAS ASESORAS DEL PERFECCIONAMIENTO DEL PROFESORADO, que puedan apoyar la inclusión de ésta en los centros de todas las zonas educativas.

6. EXPERIMENTACION DE ELEMENTOS INNOVADORES EN ESTE AMBITO, EN COORDINACION CON OTROS EQUIPOS EDUCATIVOS Y SOCIOSANITARIOS.

Entre estos aspectos destacamos la posibilidad de:

- Mejorar la integración y el tratamiento de la Educación Afectivo-Sexual en Educación Especial y Educación de Personas Adultas.
- Desarrollar un Programa Piloto de prevención de embarazos en la adolescencia, en colaboración con los servicios sociosanitarios de la zona.
- Profundizar en programas de Desarrollo de Habilidades para la optimización de las relaciones interpersonales.
- Preparación de un Plan de Actuación en torno a la prevención del SIDA en el ámbito escolar, en colaboración con el Programa Canario de prevención del SIDA.

Desde la Educación Afectivo-Sexual queremos colaborar en la construcción de la Escuela Pública canaria,

15. Unidad Didáctica sobre Prevención de Alcoholismo.

Grupo de educación para la salud
Colegio Público "Los Molinos". Calasparra (Murcia)

OBJETIVOS

Plantear unos elementos formativos para los alumnos y alumnas de los niveles de séptimo y octavo, que les permitan encontrar alternativas al ocio y defenderse de las agresiones sociales que les invitan al consumo del alcohol.

METODOLOGÍA

Se ha trabajado en la elaboración de una Unidad Didáctica sobre prevención del alcoholismo.

En primer lugar hicimos un análisis de las condiciones ambientales de nuestro pueblo, en el que, por tradición, se consume mucho alcohol. Formamos un subgrupo del grupo de trabajo sobre EpS en el que se integraron profesores/as de todas las áreas del currículum.

Se determinaron los distintos aspectos del diseño de la U.D. y se distribuyó el trabajo entre todos.

La aplicación quedó, en algunos grupos, pendiente para el comienzo del próximo curso escolar, dada la falta de tiempo.

DESARROLLO

Se ha terminado elaborando la U. Didáctica junto con la confección de las fichas y materiales complementarios, tales como unas carpetas con las colecciones de publicidad de alcohol.

EVALUACIÓN

a) De contenido de la unidad. La valoramos positivamente, por su tratamiento interdisciplinar y la búsqueda de elementos de trabajo en forma de taller.

b) De su aplicación. Pendiente de su aplicación e incluso de resultados o efectos posteriores.

14. Higiene buco-dental en la población escolar de Mallorca.

Fernández Bennassar, M.C.;
Fornes Vives, J.
Universidad Islas Baleares.

El tema de la salud es en la actualidad tan importante que su interés queda refrendado como asignatura transversal en la LOGSE. Este es precisamente, uno de los motivos que ha suscitado el interés por nuestra parte, a conocer un aspecto concreto de la salud general en la población escolar: la higiene buco-dental.

Con objeto de obtener la información precisa al respecto, se confeccionó un amplio cuestionario, del cual se presenta en este trabajo una parte con los ítems más significativos, que responden a los objetivos planteados. Estos ítems hacen referencia a aspectos de opinión (3 ítems), conocimiento (3 ítems) y comportamientos (3 ítems) sobre el tema en cuestión, por parte de estudiantes de 1.º (n=230) y 8.º (n=230) de E.G.B. de diferentes centros y zonas geográficas de la isla de Mallorca.

Los resultados obtenidos indican, con pocas diferencias entre los grupos, que básicamente han sido los padres (77,82%) los responsables de transmitir este hábito a sus hijos, el cual se realiza mayoritariamente (68,26%) a través de movimientos verticales. Otro dato a destacar es que un 47,82% no acudiría al dentista, aunque la visita fuese gratuita.

De los ítems referentes a la opinión sobre la higiene buco–dental cabe destacar el interés global (75,65%) para que se incluya la formación de estos hábitos dentro del marco escolar y en medios de comunicación de masas (63,26%). Los datos muestran igualmente que existen menos comportamientos dirigidos a incrementar los conocimientos que a consolidar hábitos. Concretamente, hay que destacar que el 78,56% manifiesta cepillarse los dientes al menos una vez al día.

Dada la persistencia del problema buco–dental a pesar de las intervenciones realizadas, creemos que sería necesario, no solamente incrementar programas de intervención, sino también realizar seguimientos y estudios del impacto de dichos programas con el fin de detectar fallos u otros posibles causantes.

13. Educación para la Salud y Prevención de las Drogodependencias.

García Señoran, M.M.; Sánchez Castaño, T.
Universidad de Santiago de Compostela (La Coruña)

El abuso de sustancias en niños y adolescentes es uno de los principales problemas sociales y de salud de los últimos años. La pubertad y adolescencia son edades claves en el desarrollo integral del individuo, que el uso sistemático de drogas puede alterar cuando no interrumpir.

La prevención se presenta como el principal instrumento de actuación en la lucha contra las drogodependencias, y el marco más adecuado para desarrollarla es el medio escolar. Dicha prevención encuadrada en el ámbito de la Educación para la Salud compromete necesariamente a todos los agentes educativos que contribuirán a inculcar comportamientos que configuren estilos de vida saludables. Existe hoy en día un acuerdo generalizado sobre la necesidad de que la Educación para la Salud se incluya en las actividades cotidianas de los centros docentes como un componente importante de su quehacer educativo. Con la finalidad de evaluar si realmente la Educación para la Salud es una práctica habitual en nuestros centros docentes y si se está dotando a nuestros niños con los instrumentos necesarios para hacer frente a una sociedad en que el consumo de drogas es práctica habitual, se desarrolló la presente investigación. Se utilizó una muestra representativa de los alumnos de 7º, 8º de E.G.B. y 1º y 2º de B.U.P. de Galicia y del colectivo de profesores que impartía docencia en dichos cursos. Como instrumentos de recogida de información se elaboraron dos cuestionarios, uno dirigido a los alumnos y otro a los profesores.

Los resultados no son muy alentadores, el 39,24% de los profesores encuestados manifiesta que en su centro no se está desarrollando a cabo ninguna actividad para prevenir el consumo de drogas. Sin embargo, el tema surge en clase en el 63,29% de los casos según los profesores, un 49,36% lo aborda de modo informal cuando esto sucede.

Por lo que respecta a los alumnos, el 85% piensa que las drogas deberían tratarse como un tema más a estudiar.

La Educación para la Salud debe ser parte de una formación integral del alumno y convertirse en una práctica generalizada en todas las escuelas de nuestro país para garantizar el derecho del alumno a que el sistema docente lo forme en el conocimiento de los factores que determinan la salud y cómo mejorarla.

12. Aproximación a un modelo descriptivo-explicativo de la iniciación en la conducta de fumar cigarrillos.

González González, S.G.;
Taboada Ares, E.
Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Cangas de Morrazo (Pontevedra)

Uno de los objetivos primordiales de la Educación para la Salud es la prevención primaria. Pero para poder realizar una efectiva intervención preventiva a este nivel, es necesario conocer en detalle los factores que condicionan la iniciación en los comportamientos no saludables sobre los que se desea intervenir.

El trabajo que se presenta, está inscrito dentro de este contexto, y con él, se pretende ofrecer un marco de referencia para la prevención de la iniciación en la conducta de fumar.

Tras un exhaustivo análisis de numerosos trabajos hemos extraído un conjunto de variables que condicionan la iniciación del adolescente o preadolescente en esta conducta adictiva.

Los datos se presentan en un esquema interactivo entre el individuo y las variables del ambiente que lo condicionan o incitan a comenzar a fumar cigarrillos. Se ha tenido en cuenta la dimensión temporal de los procesos implicados y se contemplan tres momentos en la iniciación:

- El estadio de preparación o anticipación.
- El estadio de iniciación.
- El estadio de experimentación.

Como ya se ha señalado, este modelo pretende tener implicaciones importantes de cara al diseño de intervenciones preventivas en este campo: el tipo de variables y procesos sobre los que hay que incidir en los diversos momentos de la iniciación.

11. Alimentación y nutrición en la comunidad escolar

Martínez Sánchez, E.; Hernández Hernández, F.; Cruzado Quevedo, J.; Mondéjar Gil, C.; Ayala Martínez, J.A.
Colegios Públicos de Molina de Segura (Murcia) y Asociaciones de Padres de Alumnos

El motivo de esta Comunicación, es intentar transmitir la experiencia del trabajo realizado, por un equipo de socio-sanitarios y la comunidad escolar, sobre desayuno, merienda y golosinas, enmarcado dentro del Proyecto global de Educación para la Salud en la Escuela.

La metodología empleada en el módulo de alimentación con los profesores, ha sido a través de exposiciones teóricas y talleres, siendo desarrollado posteriormente por ellos en las aulas Por otra parte, con los padres se ha completado el trabajo mediante charlas científico-pedagógicas para motivar y reforzar el trabajo realizado en clase.

Mediante la evaluación realizada, podemos decir que los objetivos fundamentales de aumentar conocimientos, cambiar actitudes..., se han conseguido notablemente.

10. Agenda de higiene personal

Grupo de Educación para la Salud
C.P. "Los Molinos". Calasparra (Murcia)

OBJETIVOS

Elaborar un material que permita abordar el tratamiento de la habituación de higiene en los niveles de E. Infantil y Primer Ciclo de E.P.

METODOLOGÍA UTILIZADA

Se ha trabajado en un grupo integrado por Profesores/as que impartían los niveles a los que se dedicaba el trabajo, en reuniones quincenales.

DESARROLLO

Se han empleado materiales de dibujo diversos que luego se han reproducido por los sistemas habituales. Dado que el coste para que el número que precisábamos para hacerlos en color superaba los presupuestos, se optó por la traducción en blanco y negro, aunque se hicieron algunas copias en color como modelo, y por si en algún momento pudiera ser de interés su publicación.

Más que una unidad en concreto se trata de abordar, a lo largo de un trimestre como mínimo, el tratamiento de los aspectos actitudinales de la higiene corporal y hábitos de vida saludable.

EVALUACIÓN

a) De los materiales elaborados. Hemos quedado bastante satisfechos en cuanto que la idea se ha quedado bien plasmada.

b) En lo relativo a la aplicación. Su valoración total queda pendiente para el primer trimestre del curso 93-94.

9. Hacia una mejora de nuestro comportamiento; en beneficio de la salud

Hernández Jiménez, E.
C.P. Antonio Ramos Carratalá Asomada. Cartagena (Murcia)

- Introducción
- Proyecto Curso 91-92: Educación Sexual
- Proyecto Curso 92-93: Hacia una Alimentación Sana
- Desarrollo de Unidad Didáctica
  - Título
  - N.º Sesiones
  - Niveles
  - Fecha de realización
  - Objetivos
  - Contenidos: conceptos, procedimientos, actitudes
  - Agrupación de los alumnos
  - Técnicas de trabajo utilizadas
  - Evaluación
  - Conclusiones

8. Enseñar hábitos de salud en la escuela

García Martínez, I.A.
Facultad de Educación. Depart. de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Murcia

La Educación para la Salud, en tanto que proceso educativo, juega un papel de refuerzo o modificación intencional de normas y pautas de conducta que influyen positiva o negativamente en la salud de las poblaciones. La conducta insana es fundamentalmente el resultado de hábitos perjudiciales que no siempre responden a la voluntad o al deseo de los individuos, sino que tienen mucho que ver con condicionantes emanados tanto del entorno natural como y muy especialmente, del entorno socio-cultural en que se desenvuelven.

En este complejo contexto, la Educación para la Salud se perfila como un elemento configurador de las nuevas maneras de ubicar la salud humana, emanadas de la *percepción ecológica* de la salud. Y, para alcanzar su objetivo, no sólo pretende la incorporación de nuevas formas de comportamiento que afecten a los modos de vida individuales, sino que propugna un análisis crítico y una actuación individual y colectiva sobre los factores ambientales (naturales, socio-económicos, etc.) que obstaculizan o impiden el desarrollo de modos de vida saludables, ésto es, modos de vida y actuación que contribuyan a la mejora del contexto individual y comunitario de nuestras vidas. La escuela aparece, en este sentido, como un marco privilegiado para el desarrollo de pautas educativas que sostengan esta concepción ecológica y comunitaria en la determinante esfera social de la salud.

7. Estudios de hábitos y conocimientos relacionados con la salud de los escolares de una zona básica de Getafe

Molina Ortiz, R.; Menchero Pinos, F.;
Igual de la Llave, J.; Galiano Bravo, M.
Centro de Salud "El Greco" I. Getafe (Madrid)

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Describir los hábitos y conocimientos de los escolares en el tema de Higiene y Sexualidad en el ciclo superior y medio.

MATERIAL Y MÉTODO

- La zona básica de salud en la que se ha realizado el estudio es el barrio de Alhóndiga.
- El total de niños que han participado es de 406 (242 del ciclo superior y 157 del ciclo medio).
- Para el estudio se han utilizado cuestionarios específicamente realizados que fueron supervisados por los profesores.

Las variables incluidas en estos cuestionarios hacen referencia a los hábitos de higiene de los escolares (ducha/baño, cambio de ropa interior cepillado de dientes...), y a los conocimientos sobre sexualidad (anatomía y fisiología, higiene sexual, anticoncepción, y enfermedades de transmisión sexual).

RESULTADOS OBTENIDOS

- Hábitos higiénicos:
- La media semanal de ducha/baño en el ciclo medio es de 2 veces y en el ciclo superior de 2,6 veces ($p<0,0004$).
- Higiene bucodental: sólo el 13% de los niños se cepilla los dientes después de cada comida.

- Sexualidad en el ciclo superior:
- La mayoría de los niños dicen saber regular sobre el tema.
- El 90% de los niños reciben la información de sus amigos.
- En cuanto a métodos anticonceptivos los más conocidos son el preservativo y la píldora.
- En cuanto a enfermedades de transmisión sexual el 98,2% opina que se debe acudir al médico cuando se sospecha su existencia.

CONCLUSIONES

1. La higiene bucodental es la más deficiente.

2. En cuanto al tema de sexualidad:
- Tiene pocos conocimientos sobre fisiología.
- Las fuentes de información no son las correctas.
- Se debe dar más información sobre anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

6. Dinamización escolar a través de la EpS: Semana de la Salud.

Fernández-Villacañas Marín, M.R.;
Alcobas Cegarra, P.
C. P. Enrique Viviente. La Unión (Murcia)

INTRODUCCIÓN

El colegio en el cual se desarrolló la experiencia está situado en el municipio de La Unión, aislado y sin una zona de influencia clara por lo que una gran parte del alumnado procede de una barriada marginal que dista aproximadamente 1,5 km.

Es de destacar la falta de hábitos higiénicos detectados en los niños y la necesidad de más formación e información en todo lo relacionado a alimentación e higiene, así como la falta de participación de las familias en la vida escolar. El colegio organizó una serie de actividades todas ellas encaminadas a la organización de una Semana de Salud culminando el sábado de esa semana con "El Día del Colegio".

OBJETIVOS

- Transmitir conocimientos, normas y actitudes más saludables a la Comunidad Escolar.
- Fomentar la participación de toda la Comunidad en la vida escolar.
- Fomentar actitudes positivas.

METODOLOGÍA

Activa y participativa, procurando que los aprendizajes fueran significativos.

CONTENIDOS

Se trataron por días: alimentación y nutrición, higiene y vida saludable y deporte.

ACTIVIDADES

Adaptadas al segmento de población al cual iba dirigido. Para padres y profesores charlas–coloquio. Para alumnos talleres, vídeos y fichas de trabajo preparadas al efecto según los contenidos programados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La valoración de los participantes ha sido muy positiva. No obstante a lo interesante de la experiencia sería necesaria una mayor colaboración de los Servicios Sociales Municipales y los Servicios Sanitarios para poder llegar hasta las familias y consolidar los hábitos de vida que se pretenden conseguir.

EVALUACIÓN

Se ha llegado a 700 alumnos, implicando a 23 profesores y 21 profesionales del Centro de Salud.

RESULTADOS

Se presentan los trabajos realizados por el alumnado, plasmando su comprensión de lo tratado.

CONCLUSIONES

La coordinación entre sanitarios y docentes mejora las actividades de ambos, beneficiando en definitiva a los escolares, objetivo prioritario.

5. Compartiendo objetivos: una experiencia de colaboración sanitarios-maestros.

Arranz Díez, M.B.; Díez García, M.A.; Suárez, A.; San José, A.; García, A.; Andrés Hernández, S.
Centro de Salud "Casa del Barco"; centros públicos de E.G.B. "Ponce de León" y "Emilio Alarcos"; centros concertados de E.G.B. "Ntra. Sra. de la Consolación" y "Ntra. Sra. de Lourdes". Valladolid

INTRODUCCIÓN

Se ha intentado, mediante la colaboración entre sanitarios y docentes, mejorar en los alumnos el conocimiento de los servicios sanitarios y el empleo cualitativamente más adecuado de los mismos.

OBJETIVOS

Incentivar la colaboración intersectorial maestros-sanitarios.

Divulgar el concepto de atención integral de salud.

METODOLOGÍA

Diseño en reuniones conjuntas. Desarrollo mediante charlas bidireccionales en los Centros Escolares. Trabajo posterior de los alumnos con sus profesores en las aulas. Recogida y valoración del material elaborado.

CONTENIDOS

Tres bloques temáticos:

- Actividades asistenciales
- Prevención de la enfermedad
- Promoción de la salud

ACTIVIDADES

Se desarrollaron 9 reuniones organizativas y de seguimiento/evaluación. Se impartieron 3 bloques de charlas a cada unidad escolar implicada (alumnos de 5º y 6º de todos los centros). Mínimo 7 charlas en cada bloque, 21 charlas. Se elaboró un vídeo de apoyo.

educación de los niños en el núcleo familiar. Destaca igualmente el hecho de una mayor asociación entre la "irregularidad" en la situación del cabeza de familia (separado o soltero) y un mayor porcentaje de problemas en la convivencia familiar. Existe un elevado índice de niños que no controlan esfínteres y además resulta estadísticamente significativa su relación con problemas de salud en el seno familiar. A pesar del escaso nivel de instrucción de los progenitores se ha evidenciado una buena colaboración e interés a la participación en el programa. La experiencia de manera muy positiva, sirviendo como nexo de unión entre todas las partes implicadas en el proceso educativo y de desarrollo del niño. La aportación social resulta imprescindible para complementar una investigación preliminar de la situación de los escolares, como paso previo a la intervención.

4. Aportación sociosanitaria previa a la implantación de un programa de intervención en EpS.

Pablo Cerezuela, F.J.; Videgan, C.; Abanto Viamonde, A.; Fernández García, J.; Nabal Vicuña, M.; Magacón Botaya, R.
C.S. Arrabal. Zaragoza

OBJETIVO

Conocer la situación sociosanitaria de los escolares de nuestra zona de salud, como paso previo a la implantación de un programa global de intervención en E.P.S., desde los primeros ciclos escolares.

METODOLOGÍA

Estudio de observación de tipo transversal y retrospectivo, en un colegio público de nuestra zona, dirigido a todos los niños de preescolar y ciclo inicial (de 4 a 7 años). El método de intervención utilizado ha sido una encuesta elaborada de forma conjunta por padres, maestros y sociosanitarios.

RESULTADOS PRINCIPALES

Sobre los 301 niños incluidos en el estudio, encontramos 175 niños (58,1%) y 126 niñas (41,9%). Un 3,4% de sus progenitores no contestaron a la encuesta. Un 86,6% de éstos tienen edades que oscilan entre 25 y 44 años, existiendo un 8,7% en edades superiores. Un 5% de los cabezas de familia están en situación civil de separado o soltero. Respecto al nivel de estudios un 57,1% han declarado sus estudios de educación primaria y tan solo un 11% poseen estudios medios o superiores. La profesión de los progenitores cuadra con este nivel de instrucción, ya que se trata fundamentalmente de trabajadores cualificados (56,5%) o sin cualificar (23,3%). Un 61,1% de los niños reciben algún tipo de castigo por parte de sus padres, casi siempre por parte de la madre. No se ha encontrado ninguna asociación estadística entre la situación laboral del cabeza de familia y la aplicación de castigos a los niños. De los niños que refieren una mala relación familiar, un 46,1% pertenecen a familias con un único progenitor. Se ha detectado un 20,3% de niños que no controlan esfinteres. Más de una cuarta parte de éstos (28,1%) corresponden a niños que declaran problemas de salud en el ámbito familiar. Un 82% de los padres estarían interesados en un proyecto de E.P.S. con especial preferencia hacia los temas de nutrición y salud mental.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Encontramos una situación socioeconómica de las familias de los niños incluidos en estudio, de acorde con las características de la zona de salud. El nivel de castigos aplicados a los niños nos parece alto en principio, es éste un parámetro a investigar más a fondo. Resalta el papel fundamental que ejerce la madre en la

3. Grupo de trabajo en educación sexual. I.F.P. La Unión.

Barceló Aparicio, M.L.; Gómez Hernández, F.I.;
Palacios López, M.T.; Pelegrín Calero, J.J.
Instituto de Formación Profesional de La Unión (Murcia)

Este módulo de Educación Sexual está integrado en un proyecto más global de Educación para la Salud (EpS) en el I.F.P. de La Unión, dentro del proceso de preparación para la implantación de la reforma educativa.

Se marcaron como objetivos: 1) Motivar al grupo de trabajo para introducir la Educación Sexual en las programaciones didácticas de los Departamentos del Centro. 2) Crear un grupo estable de trabajo en EpS y Educación Sexual. 3) Sentar las bases para incluir la Educación Sexual en el Proyecto Educativo de Centro (PEC).

Se creó un grupo de trabajo constituido por 10 profesores/as de los departamentos de Tecnología, Prácticas, Humanidades y Ciencias; 2 ATS y 1 Trabajadora social. Ha sido coordinado por dos médicos-sexólogos.

La metodología ha sido práctica, mediante trabajo de grupo, con actividades encaminadas a desarrollar contenidos teóricos, actitudes frente a la educación sexual y recursos para su puesta en práctica en el aula. La evaluación se ha realizado en base a los niveles de participación, adquisición de conocimientos y aceptación de la actividad.

De los resultados obtenidos, resaltamos: 1) Se crea un grupo de trabajo en EpS; 2) se considera prioritaria la Educación Sexual; 3) Se pueden definir objetivos de Educación Sexual para el futuro PEC; 4) Es necesario plantear la sexualidad como globalidad; 5) Encontramos dificultad para llevar la Educación Sexual a la práctica.

2. La educación sexual escolar, familiar y docente en el marco de la EpS.

Iglesias Román, Y.
Colegio Público Santa Florentina, La Palma.
Cartagena (Murcia)

Este trabajo abarca a tres colectivos:

a) Escolar.– realizada con alumnos/as del C. Superior, desde 1986 al 92. Los primeros años fueron de sensibilización, posteriormente de información–formación. Este trabajo está analizado ampliamente en un dossier, donde se refleja el progreso y la evolución del alumnado, principalmente a través de "Cartilla de Educación Sexual".

b) Familiar.– Trabajo con madres en reuniones quincenales de Octubre a Junio desde 1989 al 92. Trabajo de sensibilización y programa detallado del estudio de la educación sexual del niño/a desde el nacimiento a la adolescencia.

c) Docente.– La formación del profesorado de mi centro ha sido fundamental para la concienciación y ampliación de la Educación a todo el centro a lo largo de 1989 al 92. Hemos analizado el papel del profesorado ante el mismo, el alumnado y los padres–madres.

- Durante el presente curso, las obligaciones de la reforma educativa y los deseos de dar un nuevo enfoque a la experiencia en su triple enfoque, nos ha parecido conveniente hacer una pausa con reflexión. Este proyecto ha estado subvencionado por la Consejería de Sanidad de Murcia los cursos 1989-90, 1990-91 y 1991-92.

1. Educación sexual en la escuela: Una puerta por abrir.

Hernández Hernández, F.; Martínez Sánchez, E.; Cruzado Quevedo, J.; Mondéjar Gil, C.
Centros escolares: El Romeral, El Taller, El Sifón, Ntra. Sra. Fátima, La Purísima, San Antonio, Vega Segura. Molina de Segura (Murcia)

El proyecto tiene como encuadre abordar la **Educación Sexual en la Escuela** dentro del proyecto de **Educación para la Salud (EpS).**

La intervención se ha orientado en tres direcciones de forma coordinada. Los profesores, los padres/madres y los alumnos/as siendo los **objetivos prioritarios:** el cambio de actitudes, la implicación de los tres colectivos en el abordaje de la sexualidad desde una perspectiva abierta, democrática y científica. Las **principales dificultades** las hemos encontrado en los padres y los profesores "a priori", sin embargo "a posteriori", los padres y los profesores con los que hemos tenido contacto han sido importantes elementos de apoyo y ánimo para seguir en la tarea.

Los contenidos se han desarrollado con soporte documental y audiovisuales siguiendo una metodología activa de trabajos en el aula y en casa.

A lo largo de los tres años, los **progresos conseguidos** han sido numerosos y su actitud ha sido muy afín con el trabajo realizado. Sin embargo, hay que confirmar que son una mínima parte de alumnos/as y padres/madres los que han entrado en ese debate y aceptación de la **Educación Sexual en la Escuela.**

La **perspectiva de futuro** se centra en la creación estable de un **taller de Sexualidad** a ser posible de participación mixta (profesores y padres y madres) que facilite la ampliación a más alumnos y alumnas, y más colegios, y sobre todo la **formación del profesorado** para que sean ellos los que impartan dicho tema en clase.

Comunicaciones en Panel

14. La Sexualidad, una forma de comunicación afectiva y de relación con uno/a mismo/a y con los demás

García Moles, A.; Rullán Colom, R. M.;
Sánchez Benítez, R.
C.E.P. de Palma de Mallorca

Esta propuesta didáctica, de Educación para la Salud y de Educación afectivo-sexual, plantea el tema de la sexualidad humana como un aspecto educativo más, a tratar en el tiempo de ajuste de la identidad personal y social, del alumnado del segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria (14-16 años).

Las palabras clave de nuestra comunicación son: Autonomía - Identidad personal/sexual - Autoconcepto positivo - Identidad social - Realidad sexual - Proyecto (Valores y actitudes).

A partir de los Objetivos Generales de la Etapa y teniendo en cuenta los objetivos de cualquier Programa de Educación afectivo-sexual, pretendemos trabajar estos conceptos: Salud, Salud Sexual, Educación Sexual, Educación de la Sexualidad, Educación de la afectividad e información sexual.

Y a partir de lo que ya sabemos y de lo que queremos saber, hemos centrado esta propuesta didáctica alrededor de éstos cuatro ejes temáticos: Nuestro Cuerpo, Nuestra Realidad: Nuestro Comportamiento y Nuestras Relaciones Afectivo-Sexuales.

A partir de los aspectos básicos y evolutivos de los y las jóvenes de esta etapa educativa.

"Queremos aprenderlo todo, vivirlo todo... es nuestro derecho a la experiencia, a la vivencia, a conocer y a disfrutar" (Adolescencia. Salud VIII).

EVALUACIÓN

Para la evaluación se utilizaron dos cuestionarios, uno sobre anatomía y fisiología, y otro sobre mitos y errores sexuales. Se pasaron antes y después de la intervención y se compararon los resultados. Los alumnos manifestaron su valoración del programa a través de los cuestionarios. También se hicieron otras valoraciones más o menos subjetivas en las distintas reuniones con los padres y entre los profesores.

RESULTADOS

El resultado objetivo de la evaluación de los cuestionarios (anatomía-fisiología-mitos-errores) revela un incremento notable. La valoración general de padres, alumnos y profesores fue muy positiva. Todos manifestaron su satisfacción, y coincidieron en destacar la oportunidad de la intervención. Se estableció el compromiso para continuar en 8.º con la participación de los padres y especialistas del Centro de Salud. Basándonos en las necesidades y en los resultados obtenidos en esta experiencia, se propondrá un Plan General de E.S. a todo el Centro.

13. ¿Qué me está pasando? Programa de Educación Sexual para alumnos/as de 12-13 años

González, A.; Giménez, L.; Pérez, E.;
Mangas, J.; de Hoys, L.; Esteban, F.
Colegio Público Sta. M.ª de Gracía. Murcia

INTRODUCCIÓN

Los alumnos de 12 y 13 años se preguntan insistentemente sobre los cambios de la pubertad que están experimentando. La escuela debe dar una respuesta a estos interrogantes. Con este fin, un equipo de 6 profesores elaboró un programa específico de Educación Sexual, y lo aplicó a 75 alumnos de 7.º, continuando así la tradición del Centro en el tratamiento de temas de EpS y, en especial, de Educación Sexual.

OBJETIVOS

Colaborar con los padres en la E.S. Conocer las preguntas, dudas e inquietudes de los alumnos sobre sexualidad. Ampliar y profundizar en el conocimiento de la sexualidad respondiendo a los interrogantes manifestados. Detectar errores y ofrecer alternativas adecuadas. Generar un cambio hacia actitudes y comportamientos saludables.

METODOLOGÍA

Se planteó en colaboración con Padres y Centro de Salud. Las ideas de los alumnos se explicitaban de forma anónima, lo que la contestación de los cuestionarios. Se trabajó en grupos mixtos de 15 alumnos, en sesiones, de una hora y media. Se empleó material audiovisual variado. Se dio un enfoque psico-social y se enriqueció con la versión de siete profesores/as y especialistas en EpS.

CONTENIDOS

Nuestro cuerpo. Los cambios de la pubertad. La sexualidad en la adolescencia. Mitos y errores sexuales.

ACTIVIDADES

Contestación de cuestionarios (Pretest y Postest) Visionado de videos. Manipulación del hombre clástico. Observación y comentario de fichas. Exposiciones y coloquios. Comentario de vocabulario. Comics.

- Se ha abierto una consulta de Información Sexual para Jóvenes.
- El enfoque, desde el Programa de Planificación con respecto a los/as jóvenes, se ha posicionado tanto en el área de planificación como en los componentes relacionales de la sexualidad y la afectividad.

CONCLUSIONES

Importancia de la intervención de todos los componentes de la red social en las propuestas de EpS, promocionando roles activos desde el enfoque de Salud para Todos.

12. Uso de recursos socio-sanitarios en la escuela: programa planificación familiar

Flores Muñoz, M.; García Peral, F.;
Alguacil Cubero, P.; Jiménez García, E.;
Irala Pérez, J.
Distrito Sanitario de Osuna (Sevilla)

OBJETIVOS

Profundizar y globalizar en la información dada a nivel escolar desde el Programa de Planificación Familiar y las propuestas de Educación para la Salud.
Las actividades sobre este tema llevadas a cabo, en nuestro Distrito Sanitario, se venían caracterizando por:

- Ser respuestas a demandas formuladas por docentes, que coincidían con "horas muertas", a final de curso.
- Baja implicación del docente.
- Dificultades para el sanitario, con escaso conocimiento del grupo al que se dirige y limitadas habilidades docentes, para tratar un tema "caliente".
- Exposición "científica" con el que todas las partes implicadas (comunidad escolar-equipo sanitario), negando lo relacional, justificaban el tratamiento de los contenidos.

En resumen, casi podría decirse, que en las charlas sobre sexualidad "cualquier parecido con la realidad era pura coincidencia".

MATERIAL Y MÉTODOS

La propuesta desarrollada este curso escolar, cara a un intento de ser más eficaz en la introducción de estos contenidos, ha consistido en:

- Desarrollar desde los responsables del Programa y EpS, diez programas de radio, semanales, sobre: "Afectividad, Sexualidad y Métodos anticonceptivos".
- Previo a ello, se tomó contacto con los Directores de Centros Docentes que transmitieron la propuesta a Claustros y Consejo Escolar.
- Los programas, la media hora de duración, se escucharon en horario escolar (Tutorías, Sociales y Naturaleza,...) mientras, en la otra media, los alumnos/as debatían lo expuesto con profesores/as y las dudas eran remitidas al Distrito Sanitario para ser respondidas en el programa de radio siguiente.

RESULTADOS

- Los programas han sido seguidos en ocho Centros Docentes con una audiencia de 375 alumnos/as.
- Se ha producido un cuadernillo respondiendo a las preguntas más formuladas y patrocinado por un Ayuntamiento del Distrito.

11. Sexos diferentes, con relaciones igualitarias

Gómez Eguilegor, C.; Ruiz Gabaldón, J.;
Cano Marín, E.; Egea Tornero, J.;
Toledo Moreno, C.; Pastor Gómez, J.
Diferentes Centros a los que pertenecen las participantes y C.E.P. de Cieza (Murcia)

El seminario está funcionando desde 1990, estando integrado por profesoras de Educación Infantil y Primaria y coordinado por una ginecóloga.

El esquema de trabajo del Seminario es el siguiente:

- Formación teórica.
- Revisión de actitudes personales.
- Confección de Unidades Didácticas.
- Implementación de las Unidades en el aula, con su posterior exposición en el Seminario.

La experiencia a presentar incluye:

A) Exposición de los tres ejes trabajados en el Seminario:
   1. Conocimiento de sí mismo.
   2. Nuestro origen.
   3. Nuestras relaciones.

B) Metodología.

C) Actividades.

D) Exposición de trabajos realizados en el aula.

9. Iván se asea: el uso de diaporamas en la educación para la salud en la etapa infantil

González Besada, M. D.; Lillo Bevia, J.
E.U. Formación del Profesorado de E.G.B. de Pontevedra

El diaporama que presentamos consta de doce diapositivas con una duración de ocho minutos.

Se han utilizado las técnicas propias de la narración infantil, incorporando sonidos naturales, ruidos de objetos, expresiones acentuadas para despertar la sorpresa o el interés, etc., todo ello con el fin de que el niño identifique fácilmente las situaciones y los hábitos que se pretende conseguir.

Posteriormente al visionado se recurre a la interrogación para evaluar y fomentar la capacidad de observación y conseguir el refuerzo de los conceptos implicados en el módulo.
Para centrar mejor el interés, la narración parte de una situación festiva como es el cumpleaños del niño y de la idea de sentirse mayor.

Un visionado de los cuadros sin sonido ni texto permite reforzar y evaluar los conceptos abordados.

10. La salud es cosa de todos

Gil Canicio, P.; Legidos Guardiola, M.A.;
Velasco Soria, A.; Gea Serrano, A.;
Jiménez Simón, F.
Centro de Salud, Colegio Santa Ana, Colegio Carmen Conde. Jumilla (Murcia)

INTRODUCCIÓN

Consideramos la escuela como un recurso social capaz de impulsar procesos educativos que lleven a entender la salud como un valor que permita mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS

Que toda la comunidad se sensibilice con la necesidad de programas de salud. Tener una formación conjunta de profesorado y sociosanitarios en EpS. Promover en los escolares la incorporación de valores, actitudes y hábitos positivos de salud.

METODOLOGÍA

Equipo multidisciplinar que ha trabajado conjuntamente en su formación, en la de padres y alumnos, haciendo participar al resto de la comunidad.

CONTENIDOS

Conceptos de salud, bases del currículum, EpS en el Proyecto Curriculos, la EpS y los valores, alimentación e higiene bucodental, medio ambiente, prevención de drogas y SIDA, la paz: afrontamiento no violento de los conflictos.

ACTIVIDADES

Formación de sociosanitarios, profesores, padres y alumnos con la realización de talleres, grupos de trabajo, mesas redondas, programas en radio y TV local. Actividades de sensibilización mediante días festivos: Día de la Fruta, de la Paz, y Semana del Medio Ambiente.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Continua y global. Ha sido una experiencia valorada positivamente.

CONCLUSIONES

Ha habido un clima de diálogo y trabajo. Se ha incorporado la EpS en el Proyecto Educativo del Centro, la comunidad ha participado y se ha despertado interés por los temas de salud.

7. Propuestas de intervención en comedores escolares de la Región de Murcia al objeto de adecuar los menús en la dieta mediterránea

Candela Villanueva, J.P.; Navarro Alonso, J.A.; Hernando Arizaleta, L.; Gómez Nieto, C.
Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Murcia

INTRODUCCIÓN

Dado que la correcta alimentación en la infancia supone un pilar básico tanto para la consecución de un armónico desarrollo del niño, como para disminuir la prevalencia de varias patologías de la edad adulta, las Autoridades Regionales dispusieron, en el Plan de Salud de la Región de Murcia, un artículo específico para el fomento de la Dieta Mediterránea en la población escolar.

En este sentido y previo a la puesta en marcha de las actividades específicas, se hacía necesario conocer la composición de los menús servidos en los Comedores Escolares de la Región.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los hallazgos más significativos fueron un exceso en hidratos de carbono, proteínas y grasas, en calorías y en colesterol. En una de las dietas el aporte de fibra se situaba por debajo de las recomendaciones.

DISCUSIÓN

Aunque el presente estudio muestra una serie de limitaciones (sólo se valora una comida al día, no se ha tenido en cuenta los restos de alimentos que no se consumen, la valoración de las raciones ha sido de forma empírica, y no se analizan los menús de los comedores de Gestión directa), los datos obtenidos apuntan a que los almuerzos de los escolares que utiliza los servicios de los Comedores (11-12%) son hiperenergéticos e hipercolesterolémicos.

CONCLUSIONES

Se aportan unas estrategias de intervención en coordinación con todos los Sectores implicados, al objeto de adecuar los menús ofertados a la Dieta Mediterránea de la forma culinaria más económica y agradable.

8. La salud como integradora de la comunidad escolar

Profesorado del "Colegio Público Comarcal Gerónimo Belda"
C.P.C. Gerónimo Belda. Cieza (Murcia)

Detectadas por el Claustro de Profesores del Centro diversas deficiencias, en cuanto a comunicación, alimentación e higiene, en el alumnado del Centro, se vio la necesidad de contactar con los demás componentes de la Comunidad Escolar e Instituciones Locales y Centro de Salud, con el fin de subsanar dichas deficiencias a nivel de Centro y su entorno.

OBJETIVOS

Implicar a la Comunidad Escolar, Personal Socio-Sanitario y Corporación Local para desarrollar habilidades de comunicaciones interpersonales de planificación y resolución de problemas.

METODOLOGÍA

La participación activa, reflexiva y dialógica tanto a nivel de padres, alumnos, profesorado y demás Instituciones.

ACTIVIDADES

- Mediante asamblea, dibujos y textos libres.
- Cuentos, canciones, juegos y dramatizaciones.
- Organización diaria, semanal o mensual de las tareas de limpieza de las clases y su entorno y la individual.

donde se desarrolla una enseñanza más comprensiva y unas relaciones interprofesionales más igualitarias y enriquecedoras; donde se eduque para la transformación de nuestra propia vida. Una vida donde el bienestar, el afecto, el placer y la comunicación tengan un verdadero lugar.

Si desea mayor información sobre el Programa Harimaguada puede contactar con el Equipo Coordinador del mismo en:

CENTRO DEL PROFESORADO DE LA LAGUNA
C/. La Isa, nº 33, Urbanización Cercado Mesa - 38205. La Laguna. Tenerife.
Teléfonos: (922) 25 38 69 - Fax: (922) 25 32 40.

Programa de Promoción de la Salud Sexual en la Comunidad Autónoma Asturiana

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
del Principado de Asturias

1. SUBPROGRAMA EDUCATIVO

En la LOGSE se considera la EDUCACION PARA LA SALUD - EDUCACION SEXUAL como un TEMA TRANSVERSAL al curriculum.

Dado que la salud ha sido definida por la O.M.S. como un "estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolencia"; la promoción de la salud en una dimensión humana fundamental como es la dimensión sexual es una parte ineludible en el cultivo del equilibrio personal. La O.M.S. considera a su vez a la sexualidad como una fuente de salud que conviene cuidar y potenciar.

Por otra parte, la educación para la salud, y dentro de ella la EDUCACION SEXUAL, no pueden abordarse únicamente desde un área o asignatura concreta, sino que debe estar implicado el equipo de profesores/as e impregnar la actividad educativa en su conjunto. Para ello, es necesario que la educación sexual esté contemplada en el PLAN DE CENTRO en el cual se recojan y expliciten los valores que la escuela pretende promover.

Esto servirá para marcar pautas que ayuden a la concrección de las programaciones de áreas y por medio del PROYECTO CURRICULAR garantizar un tratamiento de progresión, continuidad e interdisciplinariedad a lo largo de todas las etapas educativas.

En la Comunidad Autónoma Asturiana dentro del marco que permite LA REFORMA DEL SISTEMA EDUCATIVO se está trabajando en el proyecto de educación sexual; con la finalidad de aportar a los centros escolares un programa bien estructurado que facilite las tareas de los docentes, con materiales de apoyo de calidad y que respondan a la sensibilidad, necesidades e idiosincrasia de nuestra Comunidad Autónoma.

Tiene los siguientes objetivos:

- Que las alumnas y los alumnos adquieran conocimientos amplios, adecuados a su edad, sobre la sexualidad. Ofreciéndoles información científicamente contrastada que sustituya los prejuicios, creencias erróneas, miedos, etc. por conocimientos ciertos.
- Conseguir que acepten la sexualidad como una dimensión positiva que afecta a todo nuestro ser. Que asuman su identidad sexual.
- Favorecer que los niños y las niñas, adolescentes, madres y padres, educadores, puedan hablar con libertad y naturalidad de los temas relacionados con la sexualidad.
- Favorecer la conciencia de que las conductas sexuales sean también éticas.
- Adoptar papeles de género que no impliquen la explotación de un sexo por el otro.

- Que los alumnos y alumnas adquieran progresivamente capacidad crítica para valorar la organización y uso que en nuestra sociedad se hace de la sexualidad.

El diseño de este programa se ha realizado por parte de un grupo de profesionales de la sexología, pedagogía, psicología, ciencias de la salud, etc.

Se comenzó a trabajar en la Secundaria Obligatoria (12-16), por los siguientes motivos:

- Coincide con los cambios en la pubertad.
- La demanda surge del propio alumnado.
- Tenemos en marcha el dispositivo asistencial que cubre las necesidades en este sentido.

Para conseguir que los centros educativos incluyan en sus proyectos la educación sexual, se actuará con un programa coordinado por varias instituciones a nivel local y regional en el que por una parte se ofrecerá a los docentes cauces de formación y se les facilitarán unos materiales didácticos que orienten la puesta en marcha y el desarrollo de la educación sexual dentro del sistema educativo.

Material de apoyo

Este material didáctico tiene la finalidad de apoyar y orientar al profesorado en el desarrollo práctico del programa de educación sexual y está compuesto por:

1. DOCUMENTACION

Dirigida fundamentalmente al profesorado y en la que se recoge información sobre los distintos aspectos de la sexualidad del adolescente.

2. ORIENTACIONES EDUCATIVAS

En las que se reflejan los aspectos educativos más importantes. Consta de los siguientes apartados:

- Consideraciones que deben tenerse en cuenta para la puesta en marcha de este programa.
- Metodología de trabajo, englobada dentro de una concepción constructivista y significativa de los procesos de enseñanza.
- Guía de recursos y bibliografía.

3. UNIDADES DIDACTICAS

Incluyen los siguientes elementos:
- Objetivos
- Contenidos
- Propuesta de actividades
- Criterio de evaluación

Formación del profesorado

Se han realizado módulos de educación sexual en todos los Centros de Profesores dentro de los cursos de EDUCACION PARA LA SALUD, además ha habido dos cursos de educación sexual (ACD tipo B) de 50 horas en los CEPS de Gijón y del Nalón con los siguientes objetivos:

- Conocer los objetivos contenidos y métodos de la educación sexual.
- Poner en contacto al profesorado con sus propias actitudes hacia la sexualidad.
- Incorporar la educación sexual al curriculum escolar.
- Experimentar en la etapa 12-14 años el programa de Educación Sexual que se realiza por acuerdo de la Consejería de Sanidad, el M.E.C. y diversas instituciones.

El curso constaba de tres fases: intensiva, experimental y de evaluación.

Estos cursos de educación sexual (ACD tipo B) se continuarán impartiendo en toda la extensión del territorio MEC en Asturias.

Evaluación

Este programa de Educación Sexual fue sometido a un pilotaje en 20 centros de Gijón (Durante el curso 91/92).

Para la evaluación estadística y objetiva del Programa de Educación Sexual se recurrió a la utilización de dos cuestionarios para el alumnado:

1. Cuestionario de conocimientos (A)
2. Cuestionario de actitudes (B)

De ambos cuestionarios se pasó a una primera aplicación antes de iniciar la puesta en marcha del Programa en el aula y una segunda aplicación al término del curso académico, que no del programa, puesto que éste se implantó de una manera parcial.

Ambos cuestionarios reúnen las condiciones de fiabilidad y validez necesarias y han sido construidos para adolescentes (a partir de 7º de E.G.B.) por el equipo de educación sexual de Salamanca y publicados en el libro que se reseña a continuación:
López, Félix y otros: Educación sexual en la adolescencia. Instituto de Ciencias de la Educación. Salamanca, 1986.

Aunque para analizar los datos obtenidos de estos cuestionarios hemos de tener en cuenta una serie de condicionantes:

- El tiempo transcurrido entre la primera y segunda aplicación, que fue muy corto (3 meses por término medio).
- Cada profesor eligió para trabajar unas Unidades Didácticas diferentes, bien por iniciativa propia o por iniciativa del alumnado, etc.

En consecuencia las puntuaciones obtenidas en la aplicación inicial y final han arrojado diferencias poco significativas por lo que el análisis de éstos datos lo consideramos meramente orientativo, sobre todo en cuanto a cambio de actitudes ya que esto es más lento que la adquisición de conocimientos y exige un trabajo amplio, profundo y continuado.

Una vez valorada esta experiencia piloto se replanteó la propuesta educativa a la luz de las aportaciones de los docentes.

EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA: Se hizo por medio de reuniones programadas con el profesorado que participó en la experiencia piloto AL INICIARLA, EN EL INTERMEDIO Y AL FINAL, en estas reuniones se pusieron en común aspectos concretos de la puesta en marcha del programa que previamente reflejaron unos **cuestionarios de seguimiento** que se les enviaron.

Consideraciones a tener en cuenta para poner en marcha este Programa

Estas consideraciones se refieren a las líneas de actuación que han de seguir los profesores para poner en marcha y desarrollar eficazmente el programa de educación sexual. Estas son algunas de las recomendaciones sugeridas al profesorado:

1. **INFORMARSE acerca del proyecto de educación sexual**

2. **DISCUTIR** en el claustro de profesores el programa para establecer la coordinación necesaria que permita su puesta en marcha y desarrollo, incluyéndolo en el proyecto de centro y una vez asumida la propuesta por el Consejo Escolar.

3. **ESTABLECER** los acuerdos precisos entre los profesores/as de diversas áreas, en cuanto a la interdisciplinariedad del programa, los objetivos, los contenidos, la temporalización y en general todos aquellos aspectos didácticos que se consideren necesarios.

4. **CURRICULARMENTE** la educación sexual tiene una vinculación más estrecha con el área de ciencias experimentales, ciencias sociales y educación física.

5. **OTROS PROFESIONALES.** En el desarrollo del programa el profesorado puede considerar necesario la intervención de algún otro profesional ajeno al centro escolar. En este material se incluye una guía de recursos para el desarrollo de este tipo de actividades.

6. **REUNIONES PERIODICAS.** Una vez concretado el programa, así como durante su desarrollo, es conveniente establecer reuniones periódicas con los padres y las madres de los alumnos para informarles y solicitar su colaboración.

7. **ADAPTACION**. Las propuestas del programa deberán ser adaptadas a las circunstancias y a las características de los alumnos/as así como al entorno socio-cultural donde se ubique el centro escolar.

8. **ACTITUDES PROFESIONALES**. El profesor o la profesora que aborde la educación sexual tendrá que reflexionar sobre sus actitudes y conductas para no condicionar ni sesgar el proceso educativo, procurando mantener una postura abierta y objetiva, respetando las opiniones.

9. **EQUILIBRIO**. El profesor deberá mantener un equilibrio entre las vivencias particulares y privadas de los individuos y la información y la educación sexual que como fenómeno social y cultural se aborda en el aula.

10. **CLIMA IDONEO**. La sexualidad debe abordarse procurando establecer de antemano un clima idóneo, lo que ayudará a que el proceso discurra con naturalidad y espontaneidad. No conviene forzar situaciones ni crear tensiones que no estén controladas con una finalidad precisa y en un contexto adecuado.

11. **RELACIONES DE COMUNICACION.** Las relaciones de comunicación son las distintas formas en que se establecerá la comunicación entre todos los implicados en el proceso educativo, y son de especial importancia en el tema que nos ocupa. Los agentes que intervienen establecen las siguientes relaciones de comunicación:

A. Relación profesorado-alumno

La comunicación con los alumnos/as se establecerá bajo el principio de la naturalidad y la distensión, esto quiere decir, que todos los contenidos y todas las propuestas de actividades y situaciones que se busquen no deben ser forzadas.

Hay que tener siempre presente que es tan importante como se transmite la información como la información en sí misma y que por tanto deberá planificarse con precisión los mensajes que se eligen así como el contenido y el sentido de dichos mensajes que por principio deben presentarse siempre de una forma positiva y objetiva.

B. Relación entre el profesorado

Este programa tendrá mayor eficacia si se contempla en el proyecto de centro y si en él se involucran activamente el colectivo de profesores/as que lo van a llevar a cabo. Una vez establecidos estos acuerdos y durante el tiempo que dure el desarrollo del programa se realizarán reuniones periódicas en las que se irá evaluando la marcha del mismo.

C. Relación entre el alumnado

Los temas de sexualidad son abordados de forma espontánea a estas edades pero, esta comunicación suele darse habitualmente entre grupos de chicos o bien y, en menor grado, entre las chicas. Por consiguiente se procurará que estos temas puedan ser tratados de forma conjunta, respetando la opinión de todos y haciendo hincapié en la igualdad entre los dos sexos.

A la hora de configurarse grupos de alumnos/as para realizar algunas de las actividades del programa deberá tenerse en cuenta la composición del grupo; a veces los agrupamientos podrán ser espontáneos, pero otras y con el fin de que haya un contraste de opiniones será importante formar grupos más heterogéneos en función del carácter, del sexo, etc...

D. Relación profesorado-padres

Gran parte del éxito en el desarrollo y resultados de la educación sexual que se imparta desde el aula vendrá determinado por las relaciones de comunicación que el profesor establezca con los padres de los alumnos/as.

Antes de iniciar el programa y tal y como se indica en apartados anteriores, queremos insistir en la necesidad de convocar a todos los padres y madres e informarles detalladamente de los objetivos, contenidos y de la forma en que van a ser abordados en el aula los temas relacionados con la sexualidad. Primer objetivo a conseguir será, por lo tanto, trasladar toda esta información con claridad a los padres. El segundo objetivo que debe conseguirse es el apoyo y la colaboración de estos. Por un lado, para garantizar que no van a interferir en este proceso educativo y por otro conseguir su apoyo complementario para reforzar las propuestas que se hagan desde el aula.

Los profesores han de hacer comprender a los padres, que la familia es el campo de adquisición de actitudes más importante en las primeras edades del niño.

Estas y otras sugerencias que podrían tenerse en cuenta, son comunes a otros procesos educativos en los que siempre están presentes normas, valores, actitudes, ideologías, etc. Queremos con ello significar que el proceso de educación sexual, es uno más y no debe plantearse como un tema extraordinario dentro de la programación escolar.

Perspectivas de futuro

La intención es que se pueda implementar de forma escalonada el Programa de Educación Sexual en los Centros Docentes Asturianos incluido en el Plan de Centro.

De esta forma se integrarán las actividades que se vienen haciendo de forma espontánea con relación a la educación sexual, dando coherencia a las mismas y procurando que las intervenciones educativas, los contenidos, las actividades, etc., tengan un hilo conductor.

Por otra parte el programa asegurará la igualdad de todos los ciudadanos frente a la educación e información en un tema tan básico y útil para la vida.

Sería deseable que en estudios y análisis posteriores, además de los análisis comparativos ya realizados, se pudieran evaluar igualmente:

- Los errores o carencias de conocimientos más comunes en varones y mujeres.
- Los aspectos y conductas que provocan las actitudes más positivas y negativas, en los varones y en las mujeres.
- Los cuestionarios de conocimientos y actitudes, alumno/a por alumno/a, entre la 1ª aplicación y la 2ª.

Consideramos que los datos y conclusiones resultantes serían muy valiosos para el posterior trabajo en el aula para una evaluación más fiable para conseguir cambios más notorios.

2. SUBPROGRAMA "JOVENES Y SEXUALIDAD"

Es uno de los dos subprogramas que integran el PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL:

1. SUBPROGRAMA EDUCATIVO (que se desarrolla en el ámbito escolar)
2. SUBPROGRAMA "JOVENES Y SEXUALIDAD" (fundamentalmente asistencial, centrado en el sistema sanitario)

Justificación

Los problemas de salud sexual se manifiestan con fuerza especial en determinadas etapas de la vida de la persona. El despertar a una vida sexual coital es en multitud de ocasiones el desencadenante de los mismos.

Esto unido a que los adolescentes, con posibles recursos públicos a su disposición no suelen utilizarlos; por desconocimiento de su existencia o por inadecuación de los mismos a las expectativas y características vitales de los jóvenes, dio origen al programa **"Jóvenes y Sexualidad"** que bajo el lema: "EN CUESTIONES DE SEXO NO TE AHOGUES EN UN MAR DE DUDAS" oferta desde el principio de 1.991 consultas específicas para jóvenes en todos los Centros de Orientación Familiar y algunos Centros de Salud.

Objetivos generales

DE SALUD:

- Promoción de la Salud Sexual, potenciando estilos de vida sanos que favorezcan la salud integral de los jóvenes como propone la OMS.
- Prevenir los problemas de salud que pudieran derivarse tanto de embarazos no deseados o de riesgo, como de las ETS.
- Mayor utilización por parte de los jóvenes (14-21 años) de los servicios públicos en materia de sexualidad y contracepción.

DE INFORMACION:

- Ampliar y actualizar la información que se oferta y se recibe de ese grupo de edad en torno a la sexualidad (Está siendo importante la participación de la red de juventud en este aspecto).

DE FORMACION:

- Que tanto los profesionales como los jóvenes adquieran los conocimientos necesarios que les permitan desarrollar actitudes positivas hacia el hecho sexual así como el sentido de la responsabilidad.

Objetivos específicos

- Poner en marcha consultas específicas para jóvenes (entre 14 y 21 años) en los centros de orientación familiar y los Centros de Salud que voluntariamente quieran participar en la experiencia, enfocando estas consultas como "espacios de salud".
- Aportar información a los jóvenes sobre el programa y los recursos asistenciales de que disponen (a través de medios de comunicación, en ámbitos juveniles, en centros sanitarios y educativos).
- Informar a los jóvenes sobre anticoncepción y sexualidad en general.
- Recoger información de los jóvenes que acuden a las consultas con el fin de conocer la cobertura del programa, las características de las personas que acuden y el tipo de demanda que hacen.
- Devolver esta información a los propios jóvenes y adaptar el programa a lo que esta experiencia nos vaya diciendo.

Metodología

- Las consultas para jóvenes son atendidas por **personal motivado**. Aunque este programa está incluido dentro de los objetivos de la Dirección Regional de Salud Pública del año 1.991 no es de obligado cumplimiento sino que se trabaja con equipos que voluntariamente quieren participar en el mismo.
  (Es una necesidad sentida por ellos que se considere el apoyo legal a su labor con menores).
- Interdisciplinariedad en la atención (dado que lo más importante es la primera acogida, esta la vienen realizando tanto el personal de enfermería, como trabajadores sociales, médicos generales, pediatras, etc.).
  - Cambios en la rutina de los servicios:
  - Horario específico para jóvenes.
  - Atención inmediata.
  - Disminución de trabas burocráticas.
  - Confidencialidad.
  - Atención a grupos, etc.

Formación

- Todos los responsables de estas consultas para jóvenes han recibido un curso inicial de 20 horas a cargo del INSALUD, existe el compromiso de que esta formación sea continuada.
  De forma habitual se envían a los centros con consulta para jóvenes, publicaciones específicas, artículos de revistas, etc.
- Los jóvenes reciben formación de los profesionales de las consultas a través de los contactos que la mayor parte de los equipos de atención primaria tienen con el medio educativo para el desarrollo del programa.

Materiales

- Los propios del programa:
  - Documento general.
  - Estrategia.
  - Anexos.
  - Sistema de registro (Ficheros, fichas, hojas de vaciado..)
- Trípticos anunciadores de las consultas para jóvenes "EN CUESTIONES DE SEXO NO TE AHOGUES EN UN MAR DE DUDAS" con una invitación a acudir. Cada centro tiene su propia pegatina con la dirección, teléfono, horario.
- Carteles informativos del programa.
- Guía de recursos "TU SEXUALIDAD, CENTROS, SERVICIOS, INFORMACION."
- Materiales divulgativos:
  - Cuadernos del Instituto de la Mujer (I, II, III, IV)
  - Cuadernos de preguntas de Juventud (I, II, III)
  - Audiovisuales:
    Diapositivas (Sistema reproductor, La sexualidad, ETS, etc.)
    Videos: (¿De dónde venimos?), ¿Que me está pasando?, La primera visita a un Centro de Planificación Familiar)

Evaluación

Por medio del registro del programa y a través de una serie de indicadores que se especifican en el documento "Estrategia general".

Período de tiempo estudiado: Febrero 1991 a Enero 1992

Grupo de Edad: 14 a 21 años (ambos inclusive)

Según datos de SADEI (1991) en Asturias hay 164.083 jóvenes entre 15 y 24 años.

El total de consultas de "Jóvenes y Sexualidad" durante el año 1991/92 fue de 2.761.

Se considera **"CONSULTA" la primera vez** que un/a joven acude a un Centro con el Programa Asistencial "Jóvenes y Sexualidad".

En esta "consulta" su perfil personal y la demanda que hace es registrada en unas fichas anónimas.

De las consultas sucesivas no recogemos datos.

- Participan en el programa "Jóvenes y Sexualidad" aportando a los jóvenes entre 14 y 21 años espacios de Salud Sexual:
  Todos los Centros de Orientación Familiar (COF):
  * Area III (Avilés): Jueves de 16 a 17'30 horas.
  * Area IV (Oviedo): De lunes a viernes de 13'30 a 15 horas.
  * Area V (Gijón):
    - COF 1 (Gota de Leche): Martes de 14'30 a 16'30 horas.
    - COF 2 (La Calzada): Martes de 16'30 a 18'30 horas.
  * Area VII (Mieres): Martes de 16 a 18 horas.
  * Area VIII (Langreo): Viernes de 9 a 13 horas.

Indicador de evaluación:
Nº de C.O.F. con horario específico 6 x 100 = 100%
Nº total de C.O.F. participantes 6

Además el programa está instaurado en 20 Centros de Salud (de los 54 que existen en Asturias), cuya relación de horarios aparece en la guía de recursos: "TU SEXUALIDAD, CENTROS, SERVICIOS, INFORMACION"

Indicador de evaluación:
Nº de Centros de Salud con horario específico 10 x 100 = 50%
Nª total de Centros de Salud participantes 20

Muchos equipos de atención primaria no han considerado oportuno poner horario específico para favorecer el anonimato de las personas que acuden a la consulta.

Por otra parte nos consta que sin entrar en los registros del programa se están atendiendo consultas sobre

sexualidad de jóvenes en la asistencia primaria, (dentro del Programa de la Mujer, de Atención al Niño Sano o a demanda).

No tenemos manera de evaluar esas intervenciones.

Otros indicadores de evaluación:
Nº de Consultas Atendidas a Jóvenes (14-21) 2.761 x 100 = 100%
Nº de Consultas Solicitadas Jóvenes (14-21) 2.761

Se atiende el 100% de las consultas solicitadas.

- Los centros de orientación familiar tienen una captación elevada de jóvenes, no así los equipos de atención primaria.

El análisis de las causas queremos hacerlo por área sanitaria ya que los condicionantes son diferentes en cada una de ellas, a nivel general, existen barreras como la cartilla familiar, la visión del Centro de Salud como centro al que se acude cuando uno está enfermo.

- Solicitud frecuente de anticoncepción postcoital.
- Se acude sobre todo en grupo.
- El canal de derivación son fundamentalmente los amigos.
- Se está llegando a muchos jóvenes que no acuden a la consulta saliendo el equipo de atención primaria a la comunidad para ofertar información sobre el programa o sobre la sexualidad.

Perspectivas de futuro

- Generalizar las consultas en la mayor parte de los equipos de atención primaria.
- Estudiar los aspectos cualitativos del "Espacio de Salud" (Protocolización de la acogida, necesidades de horario específico, etc.)
- Mejorar la coordinación entre instituciones.
- Dar apoyo concreto al desarrollo del proyecto educativo en los centros que se esté llevando a cabo.

BIBLIOGRAFIA

- AMOROS, C. et al. *El sexismo en la enseñanza. Primeras Jornadas de Educación no sexista.* Colección, Documentos y propuestas de trabajo. Edita: M.E.C. Madrid, 1987.
- APARICI, R. y GARCIA MATILLA, A. *Lectura de imágenes.* Ediciones de la Torre. Madrid, 1989.
- BARRAGAN MEDERO, F. *La educación sexual. Guía teórica y práctica.* Editorial, Paidos. Barcelona, 1991.
- BROTONS, P. et al. *Elementos para una educación no sexista. Guía didáctica de la Coeducación.* Victor Orenga editores. Valencia, 1987.
- BUENO, C. (coor) *Crónicas de Juventud. Los jóvenes en España 1940-1985.* Edita: Ministerio de Cultura, Instituto de la Juventud. Madrid, 1985.
- BROWNE, N. y FRANCE, P. *Hacia una educación infantil no sexista.* edita: Morata. Madrid, 1988.
- CLAESSON BENT, H. *Información sexual para niños.* edita: Lóguez. Madrid, 1984.

- COMFORT, A. *Los fabricantes de angustia.* Editorial Gedisa. Barcelona, 1987.
- COMFORT, A. y COMFORT, J. *El adolescente, sexualidad, vida y crecimiento.* Edita Blume, S.A. Barcelona, 1986.
- COHEN, J. et al. *Enciclopedia de la vida sexual IV tomos.* Editorial Debate. Barcelona, 1991.
- DEL PINO, A. *Como reírse del sexo en publicidad.* Ediciones El Papagayo. Madrid, 1989.
- FERNANDEZ DE CASTRO, CH. *Hablando de sexo sin tabúes.* edita Martínez Roca. Barcelona, 1991.
- FERNANDEZ DE CASTRO, CH. *La otra historia de la sexualidad.* edita Martínez Roca. Barcelona, 1990.
- FERRER, FERRAN. *Como educar la sexualidad en la escuela.* ediciones CEAC. Barcelona, 1986.
- FONT, PERE. *Pedagogía de la sexualidad.* Edición ICE de la Universidad de Barcelona. Barcelona, 1990.
- J. GARCIA CERVERA y OTROS. *Perfil epidemiológico y motivo de la primera consulta de los adolescentes atendidos en el COF de Massamagrell.* Revista de Ginecología y Contracepción. Madrid, 1992.
- JOSE ANTONIO NIETO. *Cultura y sociedad en las prácticas sexuales.* Edita: UNED. Fundación Universidad Empresa. Madrid, 1990.
- JOSE R. TORREGOSO y EDUARDO CRESPO. *Estudios básicos de psicología social.* Editorial Hora. Barcelona, 1984.
- LOPEZ, F. et al. *Educación sexual en la adolescencia.* edita: ICE. Universidad de Salamanca. Salamanca, 1986.
- LOPEZ SANCHEZ, F. *Principios básicos de la educación sexual.* edita: ICE. Universidad de Salamanca. Salamanca 1984.
- MANUEL GARCIA, FERNANDO. *Introducción a la estadística en sociología, socioestadística.* Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, 1984.
- MASTER JOHNSON KONDY. *La sexualidad humana.* Edita: Grijalbo. III Tomos. Barcelona, 1987.
- MAYLE, P. y ROBINS, A. *Aún no queremos ser padres.* Edita: Grijalbo. Barcelona, 1983.
- MINISTERIO ASUNTOS SOCIALES: *Plan para la igualdad de oportunidades de las mujeres.* Edita: Ministerio Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid, 1990.
- MINISTERIO DE SANIDAD. *Informe sobre el embarazo en adolescentes.* Madrid, 1989.
- MOLINA, CATERINA: *La educación de lo femenino.* edita: Alianza. Barcelona, 1987.
- OLAZABAL ULACIA, J.C. et al. *Manual de sexualidad en atención primaria.* Ediciones Amarú. Salamanca, 1990.
- P. FALTERI. *Resistencias a la contracepción: el punto de vista Antropológico.*
- SEMINARIO DE EDUCACION PARA LA PAZ. *Carpetas de educación no sexista.* Edita: M.E.C. Madrid, 1989.
- USANDIZAGA, J.A. *Bases anatómicas y fisiológicas de la sexualidad y de la reproducción humanas.* Edita: Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1990.
- VIDAL, M.: *Etica de la sexualidad.* Editorial Tecnos, S.A. Madrid, 1991.

La sexualidad en la escuela: Reflexiones sobre una realidad todavía lejana

D. José Manuel López García
Responsable de formación para Departamentos
de Orientación en Enseñanza Secundaria del M.E.C.

Tengo que empezar mi intervención señalando que no existe educación sexual como tal en el contexto educativo de la Región de Murcia, incluso lo ampliaría al territorio de gestión directa del M.E.C., para decir que no hay ninguna experiencia sistemática y mucho menos generalizada que pueda denominarse "Programa de Educación Sexual". Tamaña penuria resulta ancestral, y ni siquiera en estos momentos de reformas y cambios, existe más mención que la puramente testimonial, englobando este tema dentro de la Educación para la Salud como un área transversal incluida en el conjunto de documentos de la "Caja Roja".

Es una alusión necesaria, pero de corto alcance y de escasa relevancia, inapreciable en relación con los bien elaborados materiales que la Dirección General de Renovación Pedagógica ha realizado acerca de la Reforma del Sistema Educativo en marcha en estos momentos. Es, por tanto, una propuesta explícita la que se hace, pero queda al final desvaída y sin la concreción de un apoyo claro de la administración educativa: No es un tema prioritario en estos momentos.

Siendo ésta la actitud oficial, la realidad es que si no se produce un avance, es debido a múltiples causas, siempre relacionadas con la falta de reivindicación del profesorado en este campo. Una primera razón, sería aquella que hace alusión a la sexualidad como ese tema prohibido, incómodo y difícil de tratar, siendo preferible que lo traten otros. Una segunda razón, se correspondería con la objección de que no se es especialista, y que por tanto, no se puede abordar este objetivo con garantías de éxito. Unas y otras razones, se refuerzan mutuamente, para dar lugar a esa postura no comprometida del mundo de la educación con respecto a la formación sexual de los jóvenes. Sin embargo, no es ésta una situación que se da exclusivamente en el contexto escolar, sino que la propia Universidad está incorporando estudios de esta naturaleza en fechas muy recientes. Teniendo cercano el ejemplo de la Universidad de Murcia, que no ha ofertado todavía tales estudios en ninguna de sus facultades.

No es fruto del azar que los propios docentes no asuman esta responsabilidad, si tampoco desde otras instancias existe demasiada preocupación por impulsar la enseñanza de la sexualidad en la escuela. El esfuerzo para cubrir esta carencia, lo aportan algunos profesores concienciados con el problema, y que se ha concretado, en el compromiso de unos pocos para ofrecer cursos de formación sexual en cualquiera de sus modalidades. Puede ser un curso de 4 o 6 sesiones, de tipo intensivo, impartido por un especialista (generalmente médico) y que si posee una buena capacidad de comunicación conseguirá "enganchar" a los alumnos y abrirles nuevas expectativas, sobre todo en aquellos aspectos que a ellos les interesa y preocupa. Queda después un vacío, que acrecienta la sensación de que la sexualidad es algo aparte, puesto que ya no volverán a tratar este tema, probablemente, hasta bastante tiempo después. Vagando a la deriva, deseosos de conocer y profundizar más en el complejo universo de la sexualidad, en función de lo que les va deparando su propia realidad.

Y es que la educación sexual, sea cual sea su forma de impartirla, se mueve entre dos dimensiones, una informativa y otra formativa; entendiendo que ambas se hallan en los extremos de continum, dándose la presencia de las dos en proporciones variables. En cualquier caso, como la información requerida por los alumnos es constante, y las actuaciones sobre la dimensión formativa deben hacerse cuando el momento lo precise, se deduce claramente, la necesidad de incidir en la sexualidad de una forma permanente. Encontrándose que el asesoramiento (que propicia una toma de posiciones) es creciente a partir de la preadolescencia (en torno a los 12 años), momento en el que las repercusiones emocionales de sus actitudes internas y su conducta externa, respecto a la sexualidad, empieza a ser importante. Además, de que al estar inmerso en un determinado contexto sociocultural, le obliga a recibir la información-formación suficiente como para conocer qué aspectos de la "socialización sexual" puede transgredir y cuales no, y en definitiva, a situar y perfilar su conducta sexual en el seno de la sociedad a la que pertenece.

Debe ser obligación de la institución escolar la de cubrir esta demanda, aunque en realidad, tal responsabilidad, debe estar repartida entre la escuela, la familia y la comunidad a la que se pertenece. La experiencia nos dicta, que si esta asunción no se realiza desde la propia escuela, nadie asumirá tal iniciativa, ni siquiera la familia. Habida cuenta, de que la generalidad de los padres eluden este asunto y no lo afrontan de una manera directa y abierta, prefiriendo "no complicarse la vida" y dejando que sea el devenir de la propia existencia quien forje la condición sexual de sus hijos.

Desde esta realidad, más bien poco generosa, existen experiencias aisladas que si están apostando por una educación sexual desde la escuela y que van sirviendo como referencia para facilitar modelos que sirvan como acicate y estímulo. Asentadas dichas actividades principalmente en el nivel de E.G.B., se han ido sucediendo gloriosamente, año tras año, sin que exista el más mínimo refrendo oficial. Implantación y continuidad, que por otra parte, conlleva un importante esfuerzo organizativo, que pasa por la confección de los horarios más adecuados, pues no siempre responden positivamente los alumnos, si éste es no lectivo. En E. Secundaria, se acentúa más esta circunstancia, puesto que la mayor autonomía del alumno va acompañada de una menor dependencia, y por tanto, han de interesarle los temas y su tratamiento si queremos que participe de una manera regular.

Contenidos, enfoque y metodología, son los elementos que manejados de una forma u otra pueden hacer atractiva e interesante una sesión, y que, desde el punto de vista de los cursos intensivos, han adolecido de un cierto sesgo con relación a uno de estos tres factores. Sesgo orgánico-funcional de la sexualidad científica e imparcial que ya no atrae tanto a nuestros alumnos. Quizás, dentro de esta modalidad, lo que está dando más resultado, son los cursos impartidos por equipos de especialistas, en el cual cada uno aborda un tema de su competencia. Lo que comporta una mayor amenidad y un mayor enriquecimiento por parte de los participantes, al mismo tiempo, que se da una visión de la sexualidad más global. Esta es una posibilidad que ofrecen Ayuntamientos y otras instituciones públicas, a través, de grupos de profesionales que desde su óptica de grupo interdisciplinar ofrecen una alternativa diferente.

No obstante, existe una sensibilización que va en incremento, sobre la importancia que una adecuada formación sexual tiene en las consecuencias negativas del ejercicio de una sexualidad incontrolada. Esta preocupación está en la calle, y la han recogido las A.P.A.s, que también están interesadas en organizar cursos monográficos sobre sexualidad, encomendándole tal responsabilidad a un especialista, generalmente, un sanitario. Tales iniciativas no dejan de ser recursos para atender a la educación sexual de sus hijos, pero que a la postre resultan poco eficaces. Al igual que está ocurriendo con los cursos de "Técnicas de Estudio", que ahora tanto proliferan, y que se muestran poco eficientes a la hora de modificar actitudes negativas

respecto a las tareas de tipo intelectual. Pues, como dice el profesor Pozo, no dejan de ser una "engañosa gimnasia" que requiere algo más que eso para modificar los hábitos perniciosos acerca del estudio. Mostrándose más eficaz, si es el propio profesor, quien desde el ámbito de su quehacer diario, va instruyendo en las estrategias para que cada alumno vaya aprendiendo su asignatura.

Sesión intensiva o labor extensiva y continua, sería una doble opción, pero que de ninguna forma debe tomarse de una manera excluyente, puesto que ambos planteamientos pueden y deben ser combatibles y alternarse en el tiempo, para cualquier curso de educación sexual que se quiera impartir. Eso sí, siempre enmarcado en el contexto del propio centro y dentro del curriculum. Sea de una forma o de otra, si se respetan estas dos condiciones últimas, debe ser una meta a alcanzar, apoyándose en ese objetivo de formación integral que debe perseguirse dentro del aula. Sin valorar las argumentaciones, de aquellas voces que propugnan no intervenir sobre la sexualidad desde la escuela, como es el caso del profesor García Calvo, que califica a la educación sexual de "enemiga de la libertad individual". Ignorando, en última instancia, cual es el fundamento que sustenta esta tesis, sí podemos afirmar, que la falta de información-formación puede ser un condicionante negativo, para poder asumir esa pluralidad de factores necesarios que hagan vivenciar una sexualidad gratificante: Que abra puertas más que las cierre. De esta manera, no es posible que desde la propia escuela, se siga sustentando una visión de la sexualidad expresada explícita o implícitamente, y que propicie y perpetue, los roles sexuales que alimenten una dimensión social injusta y discriminatoria para alguno de los sexos. Por eso, es tan importante, dar una valoración de la sexualidad en su vertiente psicosocial, que implique una reflexión de como se manifiesta ésta bajo una estructura socio-económica como la nuestra, que utiliza el sexo como un elemento de consumo en su lado más alineante y oscuro.

Afrontar una realidad como ésta, nos lleva, a una consideración de la educación sexual holística y no compartimentada, en el sentido de que todo debe afectar a la sexualidad, pero no, necesariamente, debemos plantearlo todo en clave sexual. Al igual, que consideramos, que todo es lenguaje, pero en absoluto se puede medir toda la realidad en sus distintas conformaciones, a través de las leyes del lenguaje. Lo que no es óbice, para que estén ambos siempre presentes, y en el caso de la sexualidad, se haga patente, como uno de los factores que contribuye de una forma importante al desarrollo armónico de la personalidad de los jóvenes.

Si aceptamos formas diferentes de encarar la propia sexualidad, estamos aceptando una realidad cuyos principios nos hablan de una multiplicidad de aspectos y matices que no podemos olvidar ante un hecho constatable, como es la diversidad de actitudes hacia la sexualidad que tiene cada uno, y que justamente, nos debe seleccionar la manera de como debemos actuar desde el aula. Concibiéndose, no tanto como una materia más a calificar, en la que se valora sólo el nivel de dominio en contenidos puramente declarativos. Pues, en definitiva, en lo sexual importan más las actitudes que los conceptos, y a veces, más los procedimientos que las actitudes, utilizando la terminología que hace referencia a los contenidos en la Reforma. No podemos, por tanto, esclerotizar y atenazar esta dimensión de la naturaleza humana, simplemente por intentar ajustarla a una formalidad, pretendiendo con ello aseguramos lo difícilmente asegurable, sin tener en cuenta el aburrimiento que podamos transmitir a nuestros alumnos. Lo que de alguna manera, se asemeja a aquella crítica que por los años 70 hacía I. Ilich a la institución escolar, centrada en dos aspectos: Primero, que lo más importante se aprende fuera de la escuela, y segundo, que lo aprendido en la escuela se olvida con relativa facilidad.

Y claro está, como la educación sexual no ha llegado todavía, es tiempo de comenzar no cometiendo alguno de los errores comentados. Ejemplos no faltan, de países con sociedades bastantes desarrolladas, donde existen programas de implantación de la sexualidad en la escuela que tiene ya una vida relativamente larga

y beneficiosa. Se impone, por tanto, que la institución educativa asuma tal responsabilidad, sin menoscabo alguno para otras instituciones, como la sanitaria, que debe seguir contribuyendo a crear actitudes saludables acerca del sexo. Y al igual que cada uno debe ser el agente de su propia salud, así debe ser cada individuo, quien estructure y organice su propia sexualidad, sobre las pautas que se van facilitando, partiendo de sus propias vivencias, características de su personalidad y contexto cultural donde se halle inmerso.
No es una cuestión, a pasar por alto, que esta realidad haya quedado (al margen de otras consideraciones) durante largo tiempo, relegada del acto plural y abierto que supone el hecho educativo en su vertiente más fecunda. Optando por una forma de intervención, solemne e incuestionable, y con un discurso estructurado en torno a lo biológico, se pretendía primar éste sobre los criterios filosóficos o ideológicos, intentando con esto, crear una sexualidad aséptica y neutral, libre de sentimientos y emociones y sin otorgarle demasiada importancia a su fuerte proyección social.

Dimensiones de la sexualidad que han de estar presentes, cualquiera que sea el tratamiento que se haga de ésta en el aula, respetando la pluralidad, pero siendo objetivos y veraces en la forma de plantearla. Intentando crear una conciencia en pleno uso de su libertad, pero respetando siempre la de los demás, siendo tolerante con las heterodoxias y conductas sexuales que no sigan los parámetros de la mayoría; concretándose en una respuesta sexual singular, en interacción dentro del aula con la de otros compañeros del mismo y de distinto sexo. Cuestión básica ésta, que se da en un proceso de consolidación nada puntual, y sí más bien, alargado en el tiempo, y del que no puede estar ausente, la responsabilidad de lo que puede ser, el día a día de la práctica docente. De ahí, que sea el propio centro, quien deba organizar este área con identidad propia en conexión e interacción con otras áreas, tomando como referencia materiales y modelos que se han experimentado con éxito, como podría ser el caso de nuestros compañeros del "Proyecto Harimaguada", si bien, el modelo elegido, debe adaptarse a la idiosincrasia del centro y ser viable desde el punto de vista administrativo.

Debemos empezar por dar entre todos el paso, y considerar, a la educación sexual desde la escuela y en la escuela como un tema prioritario, dentro de esa relación de temas, campos y actividades que ahora constituyen los nuevos vientos que soplan, y con los cuales, se pretende renovar y dinamizar la institución educativa. Y quizás, sea en este momento, con la consolidación de los Departamentos de Orientación en E. Secundaria y los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica en E. Primaria, con quienes en un futuro se pueda contar para organizar este tipo de programas. No resulta aventurado pensar, que atendiendo al potencial del que van a disponer, sean los materializadores y dinamizadores de tales programas siempre contando con la colaboración del profesorado del centro.

Es necesario, además, empezar desde la E. Infantil con los primeros pasos de la formación sexual de los niños y niñas, de acuerdo con los padres, para engarzar desde el primer momento unos contenidos formativos con el resto de actividades que pretenden sentar las bases socio-psicoemocionales de los alumnos. No quedando muy lejos de estas pretensiones, el viejo paradigma de la escuela de que debe responder a la vida, dando lo mejor de sí misma, y creando, actitudes que otorguen al individuo la condición, con todas sus consecuencias, de ser hijo del momento histórico presente. En continua confrontación con las fuerzas reaccionarias que lo intentan hacer volver a una parte de su pasado de negación y miedo.

Si esto se diese, estaríamos ante una sociedad madura y evolucionada que ha cambiado la reticencia y el temor por la confianza y la serenidad, que afronta sus propias frustraciones y mecanismos que la bloquean, enfrentándose a ellas con la pretensión de conseguir individuos más libres, creativos, solidarios y felices en general. Explotando las posibilidades que tiene el propio cuerpo e intentando conocerse a sí mismo, y a los demás, a través del cauce que es la relación grupal. Utilizando el sexo como vehículo de comunicación en el

seno de la colectividad a la que pertenece. Rechazando conductas degradantes que como la violencia, la vejación, la humillación y tantos otros agravios se pueden ejercitar vía sexual. Buscando potenciar aspectos de la personalidad no desarrollados por efecto de la vivencia de una sexualidad abotargada y encerrada en sí misma, y que puede obstaculizar el crecimiento personal del individuo.

Es, no obstante, una labor que queda por hacer, sea cual sea el punto de partida, y que encaja perfectamente en la dimensión institucional que tiene la escuela, en lo que se refiere a esos objetivos por alcanzar, para convertirla en más comprensiva, más democrática, más igualitaria y más preventiva. Lo que está aún por conseguirse (para que deje de ser una mera formalidad) y sobre lo que tenemos mucho que decir los docentes.

Comunicaciones Orales

1. Propuesta metodológica de educación para la seguridad en el medio escolar

Fernández Sáez, L.; Ramón Esparza, M.ª T.; Miranda López, J. P.
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Dirección General de Salud y Consumo. Secciones de Salud Infantil y Educación para la Salud. Murcia

INTRODUCCIÓN

La gran magnitud de los accidentes infantiles y su gravedad, unido a la vulnerabilidad de los mismos, obligan a su tratamiento, desde el punto de vista preventivo y de promoción de la salud, siendo el marco ideal para ello la Comunidad Escolar.

OBJETIVOS

Pretendemos desde aquí "ofrecer un método de trabajo para la promoción de la salud y prevención de accidentes", que permita intervenir en la construcción de una escuela sana y segura, en coherencia con la Reforma del Sistema Educativo y las necesidades socioculturales y de salud de la Comunidad Escolar.

METODOLOGÍA

Esta propuesta se ha elaborado a partir de la experiencia profesional y personal de un grupo de trabajo multidisciplinar.

CONTENIDOS

Esta propuesta va incluida en una Guía Metodológica para la Promoción de la Seguridad en el Medio Escolar, que contiene las informaciones que creemos necesarias para que el profesorado pueda trabajar en pro de la prevención de accidentes: concepto, clasificación y análisis de la situación de los accidentes infantiles, así como los factores que intervienen en su producción (personales, medioambientales y materiales), medidas de seguridad de las personas, de los objetos y del medio ambiente físico y sociocultural, propuesta metodológica de intervención y propuesta curricular, además de recursos didácticos y otras informaciones de interés.

ACTIVIDADES, EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Nuestra propuesta, persigue la planificación de actividades en el ámbito de la seguridad en el medio escolar. Debe iniciarse con un análisis de la situación en relación a las personas, los espacios y los objetos, elaborado

por la Comunidad Escolar, para identificar accidentes, puntos críticos, situaciones y conductas de riesgo. Tras la priorización de los problemas y necesidades detectadas, se definirán los objetos de intervención, sin olvidar sus factores condicionantes (legislación, coordinación, formación,...), para el posterior diseño de las actuaciones en el aula y su entorno, que necesariamente han de ser evaluadas, traduciéndose en un replanteamiento periódico de la situación de salud y seguridad de la Comunidad Escolar.

CONCLUSIONES

Es necesario contemplar el problema de los accidentes en la escuela, no sólo desde la vertiente curativa y biológica, sino también desde la prevención y promoción de la salud teniendo en cuenta sus aspectos sociales y culturales, con un planteamiento científico y la participación de toda la Comunidad Escolar.

2. Registro de los accidentes escolares en educación física

Guillén Pérez, J. J.; Medrano Tortosa, J.; Alemán Tudela, J.; García-Marcos, L.; Míguez Carbonell, J. C.
U.D. Medicina Preventiva y Salud Pública (Univ. Murcia); Unidad Clínico-Epidemiológica del Area de Salud II (Cartagena)

INTRODUCCIÓN

Los accidentes infantiles son un importante problema de salud, poco cuantificado en nuestro medio.

Hay algunos estudios, como el de Cervantes, en el que mide la demanda de servicios de urgencias por accidentes infantiles.

Dentro de los accidentes infantiles, los ocurridos en la escuela tienen gran importancia, debido al tiempo de permanencia del niño en dicho lugar y, también, al tipo de actividad realizada siendo ésta, además, ejercitada en ausencia de los padres.

Es difícil, aunque creemos que es necesario establecer sistemas de registro, para conocer la incidencia de tales eventos, y posterior establecimiento de medidas preventivas.

En esta comunicación, abordamos una parcela de los accidentes escolares, el accidente deportivo, en clases de educación física.

MATERIAL Y MÉTODO

A lo largo de un período de dos meses, se lleva a cabo en 24 colegios de la Región de Murcia una monitorización a cargo de los alumnos de tercer curso de Maestro de Educación Física, previamente instruídos en la forma de llevar a cabo el registro de los datos del estudio, sobre todas las actividades realizadas en las clases de Educación Física.

Se diseña una ficha de trabajo, en la que debe constar: fecha de la clase, día de la semana, hora de clase y Curso que realiza la actividad, así como el número de alumnos, desglosado por sexos, así como el deporte practicado.

En el caso de que se diese algún accidente, se registra la afiliación del alumno, el tipo de lesión, quien atiende al niño, así como el deporte que practicaba en el momento del accidente.

RESULTADOS

Se registran 3.573 clases de educación física, en las que se registran 61 actividades diferentes, produciéndose 118 accidentes, efectuando una descripción de los mismos.

CONCLUSIÓN

Se reitera la necesidad de organizar un registro de accidentes escolares, para establecimiento de medidas preventivas.

3. Escuela y salud en Molina de Segura

Mondéjar Gil, C.; Cruzado Quevedo, J.;
Martínez Sánchez, E.; Hernández Hdez., F.;
Martínez Ayala, J.A.
Centros Escolares: El Romeral, El Sifón, El Taller, La Purísima, Ntra. Sra. Fátima, San Antonio y Vega del Segura. Molina de Segura (Murcia)

INTRODUCCIÓN

Incorporar la Educación para la Salud (EpS) al centro docente no significa enseñar una nueva materia, sino potenciar los aspectos saludables de la vida del centro, transformar colectivamente aquellos aspectos que no sean saludables y conseguir que el alumno y alumna interiorice hábitos, actitudes, valores, conocimientos y habilidades que protegan su salud y la de los que le rodean.

OBJETIVOS

La escuela es el campo de acción en el que resulta más rentable la EpS. Los niños y niñas no han desarrollado todavía hábitos insanos, por lo que este proyecto de EpS "ESCUELA Y SALUD EN MOLINA DE SEGURA" tiene por objetivo inculcarles conocimientos, actitudes y hábitos positivos de salud en materia de Alimentación y Nutrición, Educación Sexual, Salud Ambiental y Prevención del Consumo Excesivo de Alcohol.

Resulta prioritario en esta actuación la Formación del profesorado en temas de EpS, ya que deben ser ellos los principales agentes de la Educación Sanitaria en la Escuela; así como también es fundamental la participación y colaboración de los padres y madres.

METODOLOGÍA

Por iniciativa del Concejal Delegado de Salud, Consumo y Medio Ambiente del Ayto. de Molina, se convoca en junio del 92 a todos los centros escolares de esta localidad para trabajar conjuntamente y con la colaboración del E.A.P., en un Unico Proyecto Conjunto de EpS en la Escuela, donde serían los propios centros junto con sociosanitarios (equipo multidisciplinar) los que seleccionasen la forma y contenidos a desarrollar, así como el grado de compromiso que cada centro adquiriría en la fase de elaboración del proyecto a través de un responsable en EpS.

De los 18 centros escolares, recibimos respuesta de 9, de los cuales son 7 (El Romeral, El Sifón, El Taller, La Purísima, Ntra. Sra. Fátima, San Antonio, Vega del Segura) los que definitivamente participan en la elaboración y coordinación del proyecto, junto a los sociosanitarios del E.A.P. y especialistas en sexualidad y medio ambiente del Ayto. de Molina.

Se acuerda trabajar en 4 bloques temáticos: Alimentación y Nutrición, Educación Sexual, Salud Ambiental y Prevención del Alcoholismo, con las siguientes líneas de trabajo:

- *Formación del profesorado en EpS:* a través de Seminarios, grupos de trabajo y talleres sobre la integración curricular de la EpS y la adquisición de conocimientos en estos temas.

- *La labor con el alumnado en el aula y fuera de ella*: donde cada profesor con ayuda de los sociosanitarios y otros profesionales, desarrolla uno o varios de dichos temas.

- *Trabajo con las familias y población en general* en temas de salud, conjuntamente por los profesores y sociosanitarios.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Llegado ya el final del curso la valoración que hacemos de este proyecto es lo positivo de la participación y colaboración de distintos profesionales (docentes, sociosanitarios) en un equipo multidisciplinar que coordinó, con la ayuda de la Concejalía de Salud, Consumo y Medio Ambiente, el trabajo realizado.

El 80% del profesorado admite haber ampliado sus conocimientos en estos temas de salud, además de servir de intercambio de nuevas experiencias en este campo de la EpS. Admiten haber conseguido una mejora en los hábitos y actitudes del alumnado, que ha realizado las actividades y talleres propuestos, con un grado de participación distinto según los siete centros escolares y ha estado en función del n.º de profesores participantes de cada uno de ellos.

La participación de los padres y madres de alumno/as no ha sido la deseada. Las reuniones y coordinación con las familias no han sido todo lo intensas como creemos necesario, con una muy baja asistencia e interés por conocer y colaborar en las actividades desarrolladas por sus hijos/as.

CONCLUSIONES

Se hace necesario continuar y ampliar esta labor de introducción de la EpS en las Escuelas, a través de grupos y talleres de trabajo con el asesoramiento y participación de sociosanitarios y especialistas en sexualidad y medio ambiente, así como con el apoyo de las instituciones (Ayuntamiento y Centro de Salud de Molina de Segura).

4. Programa de prevención de las alteraciones del sueño

Hernández Pallares, L.A.; Unica Roldán, N.
E.I. Virgen de los Dolores. Aguilas (Murcia)

CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO

En el Municipio de Aguilas, con datos como: tasa de mujeres trabajadoras del 26%, paro del 8%, Sector Primario 50%, Industria 6%, Servicios 35%; la experiencia se ha desarrollado en la E.I. de la C.A.R.M. con 67 niños y en la etapa 4-6 del C.P. Mediterráneo con 105 niños.

DESARROLLO

Nos centramos en el desarrollo del niño en las áreas física, mental y social, desarrolla la autonomía y es preventivo, toca un tema de Salud Mental apenas sin abordar y menos en el campo de la Educación Infantil.

Partimos de la hipótesis de que el sueño como otras necesidades fisiológicas está rodeado de hábitos y que por lo tanto son "educables".

Nos apoyamos en estudios que corroboran que el sueño es un ritmo dado biológicamente al nacer, que se modifica por factores del mundo externo, y en los que la figura materna juega un papel clave como elemento organizador, tanto en éste como en otros ritmos. El sueño se convierte en algo psíquico y emocional y el niño puede "utilizarlo" como síntoma produciendo alteraciones en él.

Hay datos de poblaciones foráneas que confirman que un 35% de familias se ven afectadas por ello.

Nosotros elaboramos una encuesta propia y mediante entrevista obtuvimos: que el 36% duermen menos de 10 horas, que un 50% se despiertan más de 2 veces por la noche, un 42% duermen aún en el dormitorio paterno,...

ACTIVIDADES REALIZADAS

Formación del Profesorado: Seminario vía CEP con documentos, debates, aportaciones de especialistas externos, y asistían educadoras, psicopedagogo, profesoras, pediatra.

Con el alumnado: Trabajo de hábitos, rituales de autonomía (Lavarse, ordenar la ropa, contarles un cuento, música).

Con las familias: Entrevistas-Orientaciones Terapéuticas-Charlas Informativas.

Institucionales: Coordinación con el programa del niño sano del Centro de Salud. Ciclo de charlas a la población, tareas de expansión e información del proyecto.

5. Una experiencia de EpS con participación de todos los colectivos e instituciones implicadas

Sánchez Pacheco, D.; y otros
C.P. San José Obrero. Alcantarilla (Murcia)

INTRODUCCIÓN

Desde el primer momento nos planteamos que si queríamos contribuir a crear un centro más saludable no era suficiente actuar sobre los alumnos, sino que era imprescindible que todos los sectores de la comunidad educativa y las instituciones implicadas se implicaran en un proyecto conjunto.

Nos centraremos en la exposición de dos actividades: GRUPO DE TRABAJO Y GRUPO DE ENCUENTRO.

GRUPO DE TRABAJO

Objetivos: Diseñar y elaborar material didáctico de EpS

Materiales elaborados:
1. Encuesta
2. Dieta equilibrada
3. Dominó
4. Encajable y seriación
5. Baraja limpia
6. Electro-Salud
7. Indicios

GRUPO DE ENCUENTRO

Objetivo: Crear un grupo de encuentro para prevención de drogodependencias, compuesto por padres, personal del Ayuntamiento (educador y as. social), personal del Centro de Salud (as. social y un miembro intermitente psicólogo, médico) y un profesor del centro (Coordinador).

METODOLOGÍA

Reunión semanal, con clase radiofónica, ficha para cumplimentar y posterior coloquio. Esta actividad se realizaba dentro del horario escolar.

6. Análisis curricular de los contenidos de educación para la salud

Sánchez Castaño, M.T.; García Señoran, M.M.
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación: Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela (La Coruña)

La situación que hasta el momento atravesaba la enseñanza-aprendizaje de la educación para la salud en nuestras escuelas dio pie a comenzar una investigación que intentara responder a la cuestión de si los centros educativos disponen –dentro de lo que consideramos currículum formal– de los materiales y contenidos evolutivamente adecuados a la capacidad del niño en cuanto a la comprensión de la educación para la salud.

Teniendo esto en cuenta, se ha realizado un exhaustivo análisis de contenidos de los temas de salud que los libros de texto del área de CC. Naturales presentan a lo largo de los 8 cursos de EGB, en doce representativas editoriales de textos.

La metodología para ello empleada ha sido el Análisis Dimensional, diseñado por el Profesor Francisco Secadas, e informatizado por J. Sanmartín.

Los resultados obtenidos permiten un doble análisis: sincrónico, en el que se reflejan las grandes áreas de contenidos de los temas de salud así como sus inmediatos constituyentes y en qué curso aparecen por término medio; y un análisis diacrónico, en el que se plantean las etapas evolutivas en los que cada uno de los temas debe ser enseñado (qué conocimientos son previos y cuáles posteriores).

Dentro del actual marco legislativo se considera de gran utilidad el que el centro y el maestro puedan contar con un sustrato en el que se reflejen todos los contenidos de salud y su evolución y media de edad, pensando sobre todo en la elaboración de los proyectos curriculares de centro y de su clase.

7. Propuestas de intervención en comedores escolares de la Región de Murcia al objeto de adecuar los menús en la dieta mediterránea

Candela Villanueva, J.P.; Navarro Alonso, J.A.; Hernando Arizaleta, L.; Gómez Nieto, C.
Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud y Consumo. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Murcia

INTRODUCCIÓN

Dado que la correcta alimentación en la infancia supone un pilar básico tanto para la consecución de un armónico desarrollo del niño, como para disminuir la prevalencia de varias patologías de la edad adulta, las Autoridades Regionales dispusieron, en el Plan de Salud de la Región de Murcia, un artículo específico para el fomento de la Dieta Mediterránea en la población escolar.

En este sentido y previo a la puesta en marcha de las actividades específicas, se hacía necesario conocer la composición de los menús servidos en los Comedores Escolares de la Región.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los hallazgos más significativos fueron un exceso en hidratos de carbono, proteínas y grasas, en calorías y en colesterol. En una de las dietas el aporte de fibra se situaba por debajo de las recomendaciones.

DISCUSIÓN

Aunque el presente estudio muestra una serie de limitaciones (sólo se valora una comida al día, no se ha tenido en cuenta los restos de alimentos que no se consumen, la valoración de las raciones ha sido de forma empírica, y no se analizan los menús de los comedores de Gestión directa), los datos obtenidos apuntan a que los almuerzos de los escolares que utiliza los servicios de los Comedores (11-12%) son hiperenergéticos e hipercolesterolémicos.

CONCLUSIONES

Se aportan unas estrategias de intervención en coordinación con todos los Sectores implicados, al objeto de adecuar los menús ofertados a la Dieta Mediterránea de la forma culinaria más económica y agradable.

8. La salud como integradora de la comunidad escolar

Profesorado del "Colegio Público Comarcal Gerónimo Belda"
C.P.C. Gerónimo Belda. Cieza (Murcia)

Detectadas por el Claustro de Profesores del Centro diversas deficiencias, en cuanto a comunicación, alimentación e higiene, en el alumnado del Centro, se vio la necesidad de contactar con los demás componentes de la Comunidad Escolar e Instituciones Locales y Centro de Salud, con el fin de subsanar dichas deficiencias a nivel de Centro y su entorno.

OBJETIVOS

Implicar a la Comunidad Escolar, Personal Socio-Sanitario y Corporación Local para desarrollar habilidades de comunicaciones interpersonales de planificación y resolución de problemas.

METODOLOGÍA

La participación activa, reflexiva y dialógica tanto a nivel de padres, alumnos, profesorado y demás Instituciones.

ACTIVIDADES

- Mediante asamblea, dibujos y textos libres.
- Cuentos, canciones, juegos y dramatizaciones.
- Organización diaria, semanal o mensual de las tareas de limpieza de las clases y su entorno y la individual.

10. La salud es cosa de todos

Gil Canicio, P.; Legidos Guardiola, M.A.;
Velasco Soria, A.; Gea Serrano, A.;
Jiménez Simón, F.
Centro de Salud, Colegio Santa Ana, Colegio
Carmen Conde. Jumilla (Murcia)

INTRODUCCIÓN

Consideramos la escuela como un recurso social capaz de impulsar procesos educativos que lleven a entender la salud como un valor que permita mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS

Que toda la comunidad se sensibilice con la necesidad de programas de salud. Tener una formación conjunta de profesorado y sociosanitarios en EpS. Promover en los escolares la incorporación de valores, actitudes y hábitos positivos de salud.

METODOLOGÍA

Equipo multidisciplinar que ha trabajado conjuntamente en su formación, en la de padres y alumnos, haciendo participar al resto de la comunidad.

CONTENIDOS

Conceptos de salud, bases del currículum, EpS en el Proyecto Curriculos, la EpS y los valores, alimentación e higiene bucodental, medio ambiente, prevención de drogas y SIDA, la paz: afrontamiento no violento de los conflictos.

ACTIVIDADES

Formación de sociosanitarios, profesores, padres y alumnos con la realización de talleres, grupos de trabajo, mesas redondas, programas en radio y TV local. Actividades de sensibilización mediante días festivos: Día de la Fruta, de la Paz, y Semana del Medio Ambiente.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN

Continua y global. Ha sido una experiencia valorada positivamente.

CONCLUSIONES

Ha habido un clima de diálogo y trabajo. Se ha incorporado la EpS en el Proyecto Educativo del Centro, la comunidad ha participado y se ha despertado interés por los temas de salud.

9. Iván se asea: el uso de diaporamas en la educación para la salud en la etapa infantil

González Besada, M. D.; Lillo Bevia, J.
E.U. Formación del Profesorado de E.G.B. de Pontevedra

El diaporama que presentamos consta de doce diapositivas con una duración de ocho minutos.

Se han utilizado las técnicas propias de la narración infantil, incorporando sonidos naturales, ruidos de objetos, expresiones acentuadas para despertar la sorpresa o el interés, etc., todo ello con el fin de que el niño identifique fácilmente las situaciones y los hábitos que se pretende conseguir.

Posteriormente al visionado se recurre a la interrogación para evaluar y fomentar la capacidad de observación y conseguir el refuerzo de los conceptos implicados en el módulo.
Para centrar mejor el interés, la narración parte de una situación festiva como es el cumpleaños del niño y de la idea de sentirse mayor.

Un visionado de los cuadros sin sonido ni texto permite reforzar y evaluar los conceptos abordados.

11. Sexos diferentes, con relaciones igualitarias

Gómez Eguilegor, C.; Ruiz Gabaldón, J.;
Cano Marín, E.; Egea Tornero, J.;
Toledo Moreno, C.; Pastor Gómez, J.
Diferentes Centros a los que pertenecen las participantes y C.E.P. de Cieza (Murcia)

El seminario está funcionando desde 1990, estando integrado por profesoras de Educación Infantil y Primaria y coordinado por una ginecóloga.

El esquema de trabajo del Seminario es el siguiente:

- Formación teórica.
- Revisión de actitudes personales.
- Confección de Unidades Didácticas.
- Implementación de las Unidades en el aula, con su posterior exposición en el Seminario.

La experiencia a presentar incluye:

A) Exposición de los tres ejes trabajados en el Seminario:
   1. Conocimiento de sí mismo.
   2. Nuestro origen.
   3. Nuestras relaciones.

B) Metodología.

C) Actividades.

D) Exposición de trabajos realizados en el aula.

12. Uso de recursos socio-sanitarios en la escuela: programa planificación familiar

Flores Muñoz, M.; García Peral, F.;
Alguacil Cubero, P.; Jiménez García, E.;
Irala Pérez, J.
Distrito Sanitario de Osuna (Sevilla)

OBJETIVOS

Profundizar y globalizar en la información dada a nivel escolar desde el Programa de Planificación Familiar y las propuestas de Educación para la Salud.
Las actividades sobre este tema llevadas a cabo, en nuestro Distrito Sanitario, se venían caracterizando por:

- Ser respuestas a demandas formuladas por docentes, que coincidían con "horas muertas", a final de curso.
- Baja implicación del docente.
- Dificultades para el sanitario, con escaso conocimiento del grupo al que se dirige y limitadas habilidades docentes, para tratar un tema "caliente".
- Exposición "científica" con el que todas las partes implicadas (comunidad escolar-equipo sanitario), negando lo relacional, justificaban el tratamiento de los contenidos.

En resumen, casi podría decirse, que en las charlas sobre sexualidad "cualquier parecido con la realidad era pura coincidencia".

MATERIAL Y MÉTODOS

La propuesta desarrollada este curso escolar, cara a un intento de ser más eficaz en la introducción de estos contenidos, ha consistido en:

- Desarrollar desde los responsables del Programa y EpS, diez programas de radio, semanales, sobre: "Afectividad, Sexualidad y Métodos anticonceptivos".
- Previo a ello, se tomó contacto con los Directores de Centros Docentes que transmitieron la propuesta a Claustros y Consejo Escolar.
- Los programas, la media hora de duración, se escucharon en horario escolar (Tutorías, Sociales y Naturaleza,...) mientras, en la otra media, los alumnos/as debatían lo expuesto con profesores/as y las dudas eran remitidas al Distrito Sanitario para ser respondidas en el programa de radio siguiente.

RESULTADOS

- Los programas han sido seguidos en ocho Centros Docentes con una audiencia de 375 alumnos/as.
- Se ha producido un cuadernillo respondiendo a las preguntas más formuladas y patrocinado por un Ayuntamiento del Distrito.

- Se ha abierto una consulta de Información Sexual para Jóvenes.
- El enfoque, desde el Programa de Planificación con respecto a los/as jóvenes, se ha posicionado tanto en el área de planificación como en los componentes relacionales de la sexualidad y la afectividad.

CONCLUSIONES

Importancia de la intervención de todos los componentes de la red social en las propuestas de EpS, promocionando roles activos desde el enfoque de Salud para Todos.

13. ¿Qué me está pasando? Programa de Educación Sexual para alumnos/as de 12-13 años

González, A.; Giménez, L.; Pérez, E.;
Mangas, J.; de Hoys, L.; Esteban, F.
Colegio Público Sta. M.ª de Gracía. Murcia

INTRODUCCIÓN

Los alumnos de 12 y 13 años se preguntan insistentemente sobre los cambios de la pubertad que están experimentando. La escuela debe dar una respuesta a estos interrogantes. Con este fin, un equipo de 6 profesores elaboró un programa específico de Educación Sexual, y lo aplicó a 75 alumnos de 7.º, continuando así la tradición del Centro en el tratamiento de temas de EpS y, en especial, de Educación Sexual.

OBJETIVOS

Colaborar con los padres en la E.S. Conocer las preguntas, dudas e inquietudes de los alumnos sobre sexualidad. Ampliar y profundizar en el conocimiento de la sexualidad respondiendo a los interrogantes manifestados. Detectar errores y ofrecer alternativas adecuadas. Generar un cambio hacia actitudes y comportamientos saludables.

METODOLOGÍA

Se planteó en colaboración con Padres y Centro de Salud. Las ideas de los alumnos se explicitaban de forma anónima, lo que la contestación de los cuestionarios. Se trabajó en grupos mixtos de 15 alumnos, en sesiones, de una hora y media. Se empleó material audiovisual variado. Se dio un enfoque psico-social y se enriqueció con la versión de siete profesores/as y especialistas en EpS.

CONTENIDOS

Nuestro cuerpo. Los cambios de la pubertad. La sexualidad en la adolescencia. Mitos y errores sexuales.

ACTIVIDADES

Contestación de cuestionarios (Pretest y Postest) Visionado de videos. Manipulación del hombre clástico. Observación y comentario de fichas. Exposiciones y coloquios. Comentario de vocabulario. Comics.

EVALUACIÓN

Para la evaluación se utilizaron dos cuestionarios, uno sobre anatomía y fisiología, y otro sobre mitos y errores sexuales. Se pasaron antes y después de la intervención y se compararon los resultados. Los alumnos manifestaron su valoración del programa a través de los cuestionarios. También se hicieron otras valoraciones más o menos subjetivas en las distintas reuniones con los padres y entre los profesores.

RESULTADOS

El resultado objetivo de la evaluación de los cuestionarios (anatomía-fisiología-mitos-errores) revela un incremento notable. La valoración general de padres, alumnos y profesores fue muy positiva. Todos manifestaron su satisfacción, y coincidieron en destacar la oportunidad de la intervención. Se estableció el compromiso para continuar en 8.º con la participación de los padres y especialistas del Centro de Salud. Basándonos en las necesidades y en los resultados obtenidos en esta experiencia, se propondrá un Plan General de E.S. a todo el Centro.

14. La Sexualidad, una forma de comunicación afectiva y de relación con uno/a mismo/a y con los demás

García Moles, A.; Rullán Colom, R. M.;
Sánchez Benítez, R.
C.E.P. de Palma de Mallorca

Esta propuesta didáctica, de Educación para la Salud y de Educación afectivo-sexual, plantea el tema de la sexualidad humana como un aspecto educativo más, a tratar en el tiempo de ajuste de la identidad personal y social, del alumnado del segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria (14-16 años).

Las palabras clave de nuestra comunicación son: Autonomía - Identidad personal/sexual - Autoconcepto positivo - Identidad social - Realidad sexual - Proyecto (Valores y actitudes).

A partir de los Objetivos Generales de la Etapa y teniendo en cuenta los objetivos de cualquier Programa de Educación afectivo-sexual, pretendemos trabajar estos conceptos: Salud, Salud Sexual, Educación Sexual, Educación de la Sexualidad, Educación de la afectividad e información sexual.

Y a partir de lo que ya sabemos y de lo que queremos saber, hemos centrado esta propuesta didáctica alrededor de éstos cuatro ejes temáticos: Nuestro Cuerpo, Nuestra Realidad: Nuestro Comportamiento y Nuestras Relaciones Afectivo-Sexuales.

A partir de los aspectos básicos y evolutivos de los y las jóvenes de esta etapa educativa.

"Queremos aprenderlo todo, vivirlo todo... es nuestro derecho a la experiencia, a la vivencia, a conocer y a disfrutar" (Adolescencia. Salud VIII).

Comunicaciones en Panel

1. Educación sexual en la escuela: Una puerta por abrir.

Hernández Hernández, F.; Martínez Sánchez, E.; Cruzado Quevedo, J.; Mondéjar Gil, C.
Centros escolares: El Romeral, El Taller, El Sifón, Ntra. Sra. Fátima, La Purísima, San Antonio, Vega Segura. Molina de Segura (Murcia)

El proyecto tiene como encuadre abordar la **Educación Sexual en la Escuela** dentro del proyecto de **Educación para la Salud (EpS).**

La intervención se ha orientado en tres direcciones de forma coordinada. Los profesores, los padres/madres y los alumnos/as siendo los **objetivos prioritarios:** el cambio de actitudes, la implicación de los tres colectivos en el abordaje de la sexualidad desde una perspectiva abierta, democrática y científica. Las **principales dificultades** las hemos encontrado en los padres y los profesores "a priori", sin embargo "a posteriori", los padres y los profesores con los que hemos tenido contacto han sido importantes elementos de apoyo y ánimo para seguir en la tarea.

Los contenidos se han desarrollado con soporte documental y audiovisuales siguiendo una metodología activa de trabajos en el aula y en casa.

A lo largo de los tres años, los **progresos conseguidos** han sido numerosos y su actitud ha sido muy afín con el trabajo realizado. Sin embargo, hay que confirmar que son una mínima parte de alumnos/as y padres/madres los que han entrado en ese debate y aceptación de la **Educación Sexual en la Escuela.**

La **perspectiva de futuro** se centra en la creación estable de un **taller de Sexualidad** a ser posible de participación mixta (profesores y padres y madres) que facilite la ampliación a más alumnos y alumnas, y más colegios, y sobre todo la **formación del profesorado** para que sean ellos los que impartan dicho tema en clase.

2. La educación sexual escolar, familiar y docente en el marco de la EpS.

Iglesias Román, Y.
Colegio Público Santa Florentina, La Palma.
Cartagena (Murcia)

Este trabajo abarca a tres colectivos:

a) Escolar.– realizada con alumnos/as del C. Superior, desde 1986 al 92. Los primeros años fueron de sensibilización, posteriormente de información–formación. Este trabajo está analizado ampliamente en un dossier, donde se refleja el progreso y la evolución del alumnado, principalmente a través de "Cartilla de Educación Sexual".

b) Familiar.– Trabajo con madres en reuniones quincenales de Octubre a Junio desde 1989 al 92. Trabajo de sensibilización y programa detallado del estudio de la educación sexual del niño/a desde el nacimiento a la adolescencia.

c) Docente.– La formación del profesorado de mi centro ha sido fundamental para la concienciación y ampliación de la Educación a todo el centro a lo largo de 1989 al 92. Hemos analizado el papel del profesorado ante el mismo, el alumnado y los padres–madres.

- Durante el presente curso, las obligaciones de la reforma educativa y los deseos de dar un nuevo enfoque a la experiencia en su triple enfoque, nos ha parecido conveniente hacer una pausa con reflexión. Este proyecto ha estado subvencionado por la Consejería de Sanidad de Murcia los cursos 1989-90, 1990-91 y 1991-92.

3. Grupo de trabajo en educación sexual I.F.P. La Unión

Barceló Aparicio, M.L.; Gómez Hernández, F.I.;
Palacios López, M.T.; Pelegrín Calero, J.J.
Instituto de Formación Profesional de La Unión (Murcia)

Este módulo de Educación Sexual está integrado en un proyecto más global de Educación para la Salud (EpS) en el I.F.P. de La Unión, dentro del proceso de preparación para la implantación de la reforma educativa.

Se marcaron como objetivos: 1) Motivar al grupo de trabajo para introducir la Educación Sexual en las programaciones didácticas de los Departamentos del Centro. 2) Crear un grupo estable de trabajo en EpS y Educación Sexual. 3) Sentar las bases para incluir la Educación Sexual en el Proyecto Educativo de Centro (PEC).

Se creó un grupo de trabajo constituido por 10 profesores/as de los departamentos de Tecnología, Prácticas, Humanidades y Ciencias; 2 ATS y 1 Trabajadora social. Ha sido coordinado por dos médicos-sexólogos.

La metodología ha sido práctica, mediante trabajo de grupo, con actividades encaminadas a desarrollar contenidos teóricos, actitudes frente a la educación sexual y recursos para su puesta en práctica en el aula. La evaluación se ha realizado en base a los niveles de participación, adquisición de conocimientos y aceptación de la actividad.

De los resultados obtenidos, resaltamos: 1) Se crea un grupo de trabajo en EpS; 2) se considera prioritaria la Educación Sexual; 3) Se pueden definir objetivos de Educación Sexual para el futuro PEC; 4) Es necesario plantear la sexualidad como globalidad; 5) Encontramos dificultad para llevar la Educación Sexual a la práctica.

4. Aportación sociosanitaria previa a la implantación de un programa de intervención en EpS.

Pablo Cerezuela, F.J.; Videgan, C.; Abanto Viamonde, A.; Fernández García, J.; Nabal Vicuña, M.; Magacón Botaya, R.
C.S. Arrabal. Zaragoza

OBJETIVO

Conocer la situación sociosanitaria de los escolares de nuestra zona de salud, como paso previo a la implantación de un programa global de intervención en E.P.S., desde los primeros ciclos escolares.

METODOLOGÍA

Estudio de observación de tipo transversal y retrospectivo, en un colegio público de nuestra zona, dirigido a todos los niños de preescolar y ciclo inicial (de 4 a 7 años). El método de intervención utilizado ha sido una encuesta elaborada de forma conjunta por padres, maestros y sociosanitarios.

RESULTADOS PRINCIPALES

Sobre los 301 niños incluidos en el estudio, encontramos 175 niños (58,1%) y 126 niñas (41,9%). Un 3,4% de sus progenitores no contestaron a la encuesta. Un 86,6% de éstos tienen edades que oscilan entre 25 y 44 años, existiendo un 8,7% en edades superiores. Un 5% de los cabezas de familia están en situación civil de separado o soltero. Respecto al nivel de estudios un 57,1% han declarado sus estudios de educación primaria y tan solo un 11% poseen estudios medios o superiores. La profesión de los progenitores cuadra con este nivel de instrucción, ya que se trata fundamentalmente de trabajadores cualificados (56,5%) o sin cualificar (23,3%). Un 61,1% de los niños reciben algún tipo de castigo por parte de sus padres, casi siempre por parte de la madre. No se ha encontrado ninguna asociación estadística entre la situación laboral del cabeza de familia y la aplicación de castigos a los niños. De los niños que refieren una mala relación familiar, un 46,1% pertenecen a familias con un único progenitor. Se ha detectado un 20,3% de niños que no controlan esfinteres. Más de una cuarta parte de éstos (28,1%) corresponden a niños que declaran problemas de salud en el ámbito familiar. Un 82% de los padres estarían interesados en un proyecto de E.P.S. con especial preferencia hacia los temas de nutrición y salud mental.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Encontramos una situación socioeconómica de las familias de los niños incluidos en estudio, de acorde con las características de la zona de salud. El nivel de castigos aplicados a los niños nos parece alto en principio, es éste un parámetro a investigar más a fondo. Resalta el papel fundamental que ejerce la madre en la

educación de los niños en el núcleo familiar. Destaca igualmente el hecho de una mayor asociación entre la "irregularidad" en la situación del cabeza de familia (separado o soltero) y un mayor porcentaje de problemas en la convivencia familiar. Existe un elevado índice de niños que no controlan esfínteres y además resulta estadísticamente significativa su relación con problemas de salud en el seno familiar. A pesar del escaso nivel de instrucción de los progenitores se ha evidenciado una buena colaboración e interés a la participación en el programa. La experiencia de manera muy positiva, sirviendo como nexo de unión entre todas las partes implicadas en el proceso educativo y de desarrollo del niño. La aportación social resulta imprescindible para complementar una investigación preliminar de la situación de los escolares, como paso previo a la intervención.

5. Compartiendo objetivos: una experiencia de colaboración sanitarios-maestros.

Arranz Díez, M.B.; Díez García, M.A.; Suárez, A.; San José, A.; García, A.; Andrés Hernández, S.
Centro de Salud "Casa del Barco"; centros públicos de E.G.B. "Ponce de León" y "Emilio Alarcos"; centros concertados de E.G.B. "Ntra. Sra. de la Consolación" y "Ntra. Sra. de Lourdes". Valladolid

INTRODUCCIÓN

Se ha intentado, mediante la colaboración entre sanitarios y docentes, mejorar en los alumnos el conocimiento de los servicios sanitarios y el empleo cualitativamente más adecuado de los mismos.

OBJETIVOS

Incentivar la colaboración intersectorial maestros-sanitarios.

Divulgar el concepto de atención integral de salud.

METODOLOGÍA

Diseño en reuniones conjuntas. Desarrollo mediante charlas bidireccionales en los Centros Escolares. Trabajo posterior de los alumnos con sus profesores en las aulas. Recogida y valoración del material elaborado.

CONTENIDOS

Tres bloques temáticos:

- Actividades asistenciales
- Prevención de la enfermedad
- Promoción de la salud

ACTIVIDADES

Se desarrollaron 9 reuniones organizativas y de seguimiento/evaluación. Se impartieron 3 bloques de charlas a cada unidad escolar implicada (alumnos de 5º y 6º de todos los centros). Mínimo 7 charlas en cada bloque, 21 charlas. Se elaboró un vídeo de apoyo.

EVALUACIÓN

Se ha llegado a 700 alumnos, implicando a 23 profesores y 21 profesionales del Centro de Salud.

RESULTADOS

Se presentan los trabajos realizados por el alumnado, plasmando su comprensión de lo tratado.

CONCLUSIONES

La coordinación entre sanitarios y docentes mejora las actividades de ambos, beneficiando en definitiva a los escolares, objetivo prioritario.

6. Dinamización escolar a través de la EpS: Semana de la Salud.

Fernández-Villacañas Marín, M.R.;
Alcobas Cegarra, P.
C. P. Enrique Viviente. La Unión (Murcia)

INTRODUCCIÓN

El colegio en el cual se desarrolló la experiencia está situado en el municipio de La Unión, aislado y sin una zona de influencia clara por lo que una gran parte del alumnado procede de una barriada marginal que dista aproximadamente 1,5 km.

Es de destacar la falta de hábitos higiénicos detectados en los niños y la necesidad de más formación e información en todo lo relacionado a alimentación e higiene, así como la falta de participación de las familias en la vida escolar. El colegio organizó una serie de actividades todas ellas encaminadas a la organización de una Semana de Salud culminando el sábado de esa semana con "El Día del Colegio".

OBJETIVOS

- Transmitir conocimientos, normas y actitudes más saludables a la Comunidad Escolar.
- Fomentar la participación de toda la Comunidad en la vida escolar.
- Fomentar actitudes positivas.

METODOLOGÍA

Activa y participativa, procurando que los aprendizajes fueran significativos.

CONTENIDOS

Se trataron por días: alimentación y nutrición, higiene y vida saludable y deporte.

ACTIVIDADES

Adaptadas al segmento de población al cual iba dirigido. Para padres y profesores charlas–coloquio. Para alumnos talleres, vídeos y fichas de trabajo preparadas al efecto según los contenidos programados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La valoración de los participantes ha sido muy positiva. No obstante a lo interesante de la experiencia sería necesaria una mayor colaboración de los Servicios Sociales Municipales y los Servicios Sanitarios para poder llegar hasta las familias y consolidar los hábitos de vida que se pretenden conseguir.

7. Estudios de hábitos y conocimientos relacionados con la salud de los escolares de una zona básica de Getafe

Molina Ortiz, R.; Menchero Pinos, F.;
Igual de la Llave, J.; Galiano Bravo, M.
Centro de Salud "El Greco" I. Getafe (Madrid)

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Describir los hábitos y conocimientos de los escolares en el tema de Higiene y Sexualidad en el ciclo superior y medio.

MATERIAL Y MÉTODO

- La zona básica de salud en la que se ha realizado el estudio es el barrio de Alhóndiga.
- El total de niños que han participado es de 406 (242 del ciclo superior y 157 del ciclo medio).
- Para el estudio se han utilizado cuestionarios específicamente realizados que fueron supervisados por los profesores.

Las variables incluidas en estos cuestionarios hacen referencia a los hábitos de higiene de los escolares (ducha/baño, cambio de ropa interior cepillado de dientes...), y a los conocimientos sobre sexualidad (anatomía y fisiología, higiene sexual, anticoncepción, y enfermedades de transmisión sexual).

RESULTADOS OBTENIDOS

- Hábitos higiénicos:
- La media semanal de ducha/baño en el ciclo medio es de 2 veces y en el ciclo superior de 2,6 veces ($p<0,0004$).
- Higiene bucodental: sólo el 13% de los niños se cepilla los dientes después de cada comida.

- Sexualidad en el ciclo superior:
- La mayoría de los niños dicen saber regular sobre el tema.
- El 90% de los niños reciben la información de sus amigos.
- En cuanto a métodos anticonceptivos los más conocidos son el preservativo y la píldora.
- En cuanto a enfermedades de transmisión sexual el 98,2% opina que se debe acudir al médico cuando se sospecha su existencia.

CONCLUSIONES

1. La higiene bucodental es la más deficiente.

2. En cuanto al tema de sexualidad:
- Tiene pocos conocimientos sobre fisiología.
- Las fuentes de información no son las correctas.
- Se debe dar más información sobre anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

8. Enseñar hábitos de salud en la escuela

García Martínez, I.A.
Facultad de Educación. Depart. de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Murcia

La Educación para la Salud, en tanto que proceso educativo, juega un papel de refuerzo o modificación intencional de normas y pautas de conducta que influyen positiva o negativamente en la salud de las poblaciones. La conducta insana es fundamentalmente el resultado de hábitos perjudiciales que no siempre responden a la voluntad o al deseo de los individuos, sino que tienen mucho que ver con condicionantes emanados tanto del entorno natural como y muy especialmente, del entorno socio-cultural en que se desenvuelven.

En este complejo contexto, la Educación para la Salud se perfila como un elemento configurador de las nuevas maneras de ubicar la salud humana, emanadas de la *percepción ecológica* de la salud. Y, para alcanzar su objetivo, no sólo pretende la incorporación de nuevas formas de comportamiento que afecten a los modos de vida individuales, sino que propugna un análisis crítico y una actuación individual y colectiva sobre los factores ambientales (naturales, socio-económicos, etc.) que obstaculizan o impiden el desarrollo de modos de vida saludables, ésto es, modos de vida y actuación que contribuyan a la mejora del contexto individual y comunitario de nuestras vidas. La escuela aparece, en este sentido, como un marco privilegiado para el desarrollo de pautas educativas que sostengan esta concepción ecológica y comunitaria en la determinante esfera social de la salud.

9. Hacia una mejora de nuestro comportamiento; en beneficio de la salud

Hernández Jiménez, E.
C.P. Antonio Ramos Carratalá Asomada. Cartagena (Murcia)

- Introducción
- Proyecto Curso 91-92: Educación Sexual
- Proyecto Curso 92-93: Hacia una Alimentación Sana
- Desarrollo de Unidad Didáctica

  - Título
  - N.º Sesiones
  - Niveles
  - Fecha de realización
  - Objetivos
  - Contenidos: conceptos, procedimientos, actitudes
  - Agrupación de los alumnos
  - Técnicas de trabajo utilizadas
  - Evaluación
  - Conclusiones

10. Agenda de higiene personal

Grupo de Educación para la Salud
C.P. "Los Molinos". Calasparra (Murcia)

OBJETIVOS

Elaborar un material que permita abordar el tratamiento de la habituación de higiene en los niveles de E. Infantil y Primer Ciclo de E.P.

METODOLOGÍA UTILIZADA

Se ha trabajado en un grupo integrado por Profesores/as que impartían los niveles a los que se dedicaba el trabajo, en reuniones quincenales.

DESARROLLO

Se han empleado materiales de dibujo diversos que luego se han reproducido por los sistemas habituales. Dado que el coste para que el número que precisábamos para hacerlos en color superaba los presupuestos, se optó por la traducción en blanco y negro, aunque se hicieron algunas copias en color como modelo, y por si en algún momento pudiera ser de interés su publicación.

Más que una unidad en concreto se trata de abordar, a lo largo de un trimestre como mínimo, el tratamiento de los aspectos actitudinales de la higiene corporal y hábitos de vida saludable.

EVALUACIÓN

a) De los materiales elaborados. Hemos quedado bastante satisfechos en cuanto que la idea se ha quedado bien plasmada.

b) En lo relativo a la aplicación. Su valoración total queda pendiente para el primer trimestre del curso 93-94.

11. Alimentación y nutrición en la comunidad escolar

Martínez Sánchez, E.; Hernández Hernández, F.;
Cruzado Quevedo, J.; Mondéjar Gil, C.;
Ayala Martínez, J.A.
Colegios Públicos de Molina de Segura (Murcia) y
Asociaciones de Padres de Alumnos

El motivo de esta Comunicación, es intentar transmitir la experiencia del trabajo realizado, por un equipo de socio-sanitarios y la comunidad escolar, sobre desayuno, merienda y golosinas, enmarcado dentro del Proyecto global de Educación para la Salud en la Escuela.

La metodología empleada en el módulo de alimentación con los profesores, ha sido a través de exposiciones teóricas y talleres, siendo desarrollado posteriormente por ellos en las aulas Por otra parte, con los padres se ha completado el trabajo mediante charlas científico-pedagógicas para motivar y reforzar el trabajo realizado en clase.

Mediante la evaluación realizada, podemos decir que los objetivos fundamentales de aumentar conocimientos, cambiar actitudes..., se han conseguido notablemente.

12. Aproximación a un modelo descriptivo-explicativo de la iniciación en la conducta de fumar cigarrillos.

González González, S.G.;
Taboada Ares, E.
Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Cangas de Morrazo (Pontevedra)

Uno de los objetivos primordiales de la Educación para la Salud es la prevención primaria. Pero para poder realizar una efectiva intervención preventiva a este nivel, es necesario conocer en detalle los factores que condicionan la iniciación en los comportamientos no saludables sobre los que se desea intervenir.

El trabajo que se presenta, está inscrito dentro de este contexto, y con él, se pretende ofrecer un marco de referencia para la prevención de la iniciación en la conducta de fumar.

Tras un exhaustivo análisis de numerosos trabajos hemos extraído un conjunto de variables que condicionan la iniciación del adolescente o preadolescente en esta conducta adictiva.

Los datos se presentan en un esquema interactivo entre el individuo y las variables del ambiente que lo condicionan o incitan a comenzar a fumar cigarrillos. Se ha tenido en cuenta la dimensión temporal de los procesos implicados y se contemplan tres momentos en la iniciación:

- El estadio de preparación o anticipación.
- El estadio de iniciación.
- El estadio de experimentación.

Como ya se ha señalado, este modelo pretende tener implicaciones importantes de cara al diseño de intervenciones preventivas en este campo: el tipo de variables y procesos sobre los que hay que incidir en los diversos momentos de la iniciación.

13. Educación para la Salud y Prevención de las Drogodependencias.

García Señoran, M.M.; Sánchez Castaño, T.
Universidad de Santiago de Compostela (La Coruña)

El abuso de sustancias en niños y adolescentes es uno de los principales problemas sociales y de salud de los últimos años. La pubertad y adolescencia son edades claves en el desarrollo integral del individuo, que el uso sistemático de drogas puede alterar cuando no interrumpir.

La prevención se presenta como el principal instrumento de actuación en la lucha contra las drogodependencias, y el marco más adecuado para desarrollarla es el medio escolar. Dicha prevención encuadrada en el ámbito de la Educación para la Salud compromete necesariamente a todos los agentes educativos que contribuirán a inculcar comportamientos que configuren estilos de vida saludables. Existe hoy en día un acuerdo generalizado sobre la necesidad de que la Educación para la Salud se incluya en las actividades cotidianas de los centros docentes como un componente importante de su quehacer educativo. Con la finalidad de evaluar si realmente la Educación para la Salud es una práctica habitual en nuestros centros docentes y si se está dotando a nuestros niños con los instrumentos necesarios para hacer frente a una sociedad en que el consumo de drogas es práctica habitual, se desarrolló la presente investigación. Se utilizó una muestra representativa de los alumnos de 7º, 8º de E.G.B. y 1º y 2º de B.U.P. de Galicia y del colectivo de profesores que impartía docencia en dichos cursos. Como instrumentos de recogida de información se elaboraron dos cuestionarios, uno dirigido a los alumnos y otro a los profesores.

Los resultados no son muy alentadores, el 39,24% de los profesores encuestados manifiesta que en su centro no se está desarrollando a cabo ninguna actividad para prevenir el consumo de drogas. Sin embargo, el tema surge en clase en el 63,29% de los casos según los profesores, un 49,36% lo aborda de modo informal cuando esto sucede.

Por lo que respecta a los alumnos, el 85% piensa que las drogas deberían tratarse como un tema más a estudiar.

La Educación para la Salud debe ser parte de una formación integral del alumno y convertirse en una práctica generalizada en todas las escuelas de nuestro país para garantizar el derecho del alumno a que el sistema docente lo forme en el conocimiento de los factores que determinan la salud y cómo mejorarla.

14. Higiene buco-dental en la población escolar de Mallorca.

Fernández Bennassar, M.C.;
Fornes Vives, J.
Universidad Islas Baleares.

El tema de la salud es en la actualidad tan importante que su interés queda refrendado como asignatura transversal en la LOGSE. Este es precisamente, uno de los motivos que ha suscitado el interés por nuestra parte, a conocer un aspecto concreto de la salud general en la población escolar: la higiene buco-dental.

Con objeto de obtener la información precisa al respecto, se confeccionó un amplio cuestionario, del cual se presenta en este trabajo una parte con los ítems más significativos, que responden a los objetivos planteados. Estos ítems hacen referencia a aspectos de opinión (3 ítems), conocimiento (3 ítems) y comportamientos (3 ítems) sobre el tema en cuestión, por parte de estudiantes de 1.º (n=230) y 8.º (n=230) de E.G.B. de diferentes centros y zonas geográficas de la isla de Mallorca.

Los resultados obtenidos indican, con pocas diferencias entre los grupos, que básicamente han sido los padres (77,82%) los responsables de transmitir este hábito a sus hijos, el cual se realiza mayoritariamente (68,26%) a través de movimientos verticales. Otro dato a destacar es que un 47,82% no acudiría al dentista, aunque la visita fuese gratuita.

De los ítems referentes a la opinión sobre la higiene buco–dental cabe destacar el interés global (75,65%) para que se incluya la formación de estos hábitos dentro del marco escolar y en medios de comunicación de masas (63,26%). Los datos muestran igualmente que existen menos comportamientos dirigidos a incrementar los conocimientos que a consolidar hábitos. Concretamente, hay que destacar que el 78,56% manifiesta cepillarse los dientes al menos una vez al día.

Dada la persistencia del problema buco–dental a pesar de las intervenciones realizadas, creemos que sería necesario, no solamente incrementar programas de intervención, sino también realizar seguimientos y estudios del impacto de dichos programas con el fin de detectar fallos u otros posibles causantes.

15. Unidad Didáctica sobre Prevención de Alcoholismo.

Grupo de educación para la salud
Colegio Público "Los Molinos". Calasparra (Murcia)

OBJETIVOS

Plantear unos elementos formativos para los alumnos y alumnas de los niveles de séptimo y octavo, que les permitan encontrar alternativas al ocio y defenderse de las agresiones sociales que les invitan al consumo del alcohol.

METODOLOGÍA

Se ha trabajado en la elaboración de una Unidad Didáctica sobre prevención del alcoholismo.

En primer lugar hicimos un análisis de las condiciones ambientales de nuestro pueblo, en el que, por tradición, se consume mucho alcohol. Formamos un subgrupo del grupo de trabajo sobre EpS en el que se integraron profesores/as de todas las áreas del currículum.

Se determinaron los distintos aspectos del diseño de la U.D. y se distribuyó el trabajo entre todos.

La aplicación quedó, en algunos grupos, pendiente para el comienzo del próximo curso escolar, dada la falta de tiempo.

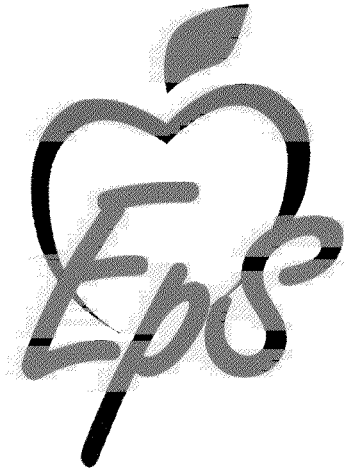
DESARROLLO

Se ha terminado elaborando la U. Didáctica junto con la confección de las fichas y materiales complementarios, tales como unas carpetas con las colecciones de publicidad de alcohol.

EVALUACIÓN

a) De contenido de la unidad. La valoramos positivamente, por su tratamiento interdisciplinar y la búsqueda de elementos de trabajo en forma de taller.

b) De su aplicación. Pendiente de su aplicación e incluso de resultados o efectos posteriores.



COLABORACION ESPECIAL

CAM Caja de Ahorros del Mediterráneo