

7

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESO: APORTACIONES DE UN ESTUDIO SOBRE EL PAÍS VASCO

(HEALTH EDUCATION IN SECONDARY SCHOOL: CONTRIBUTIONS FROM A
STUDY ABOUT THE BASQUE COUNTRY)

Amando Vega Fuente, Pello Aramendi Jauregui, Miren
Karmele Buján Vidales, Segundo Garín Casares
Universidad del País Vasco

DOI: 10.5944/educXX1.18.1.12316

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Vega Fuente, A.; Aramendi Jauregui, P.; Buján Vidales, M. K.; Garín Casales, S.: (2015). La educación para la salud en la ESO: Aportaciones de un estudio sobre el País Vasco. *Educación XXI*, 18(1), 167-188. doi: 10.5944/educXX1.18.1.12316

Vega Fuente, A.; Aramendi Jauregui, P.; Buján Vidales, M. K.; Garín Casales, S.: (2015). Health Education in Secondary School: Contributions from a study about the Basque Country. *Educación XXI*, 18(1), 167-188. doi: 10.5944/educXX1.18.1.12316

RESUMEN

La educación para la salud en las escuelas es una estrategia necesaria para favorecer comportamientos saludables en el alumnado. Este estudio tiene como objetivo disponer de un conocimiento más preciso sobre las conductas de riesgo de los adolescentes y sobre el tratamiento de las cuestiones de salud en los centros de educación secundaria obligatoria. La prevención del consumo de drogas, la educación afectivo-sexual, la formación para la seguridad vial, la promoción de la salud física y mental son algunos de los aspectos clave para el desarrollo integral de los adolescentes. El trabajo de investigación se llevó a cabo en 24 institutos de ESO del País Vasco y han tomado parte 571 estudiantes. Todos ellos han participado en los programas de educación para la salud subvencionados por el Departamento de Educación del Gobierno Vasco durante los cursos 2010-11 y 2011-12. Los datos obtenidos mediante cuestionarios fueron tratados con el paquete informático SPSS 19.0 e ITE-MAN realizándose diversos análisis estadísticos (porcentajes y correlaciones de Pearson).

Los resultados obtenidos muestran que las conductas no saludables de los alumnos y alumnas no sólo están relacionadas entre sí, sino también con su

bienestar personal y escolar. Se constata, por otra parte, una necesidad clara de que los centros escolares asuman un mayor compromiso con la educación y la promoción de la salud en sus proyectos educativos. Se echa en falta la integración de las cuestiones de salud en los proyectos de los centros, por razones varias, como la falta de una política comprometida con este ámbito educativo, las carencias de formación de los profesores y profesoras y posiblemente la insuficiencia de los recursos dedicados en los centros a la práctica educativa en temas de salud.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes, conductas de riesgo, ocio y tiempo libre, consumo de drogas, salud.

ABSTRACT

Health education in schools is a necessary strategy in order to promote healthy behavior in pupils. The contributions of this research must be taken into account in order to have an efficient development in schools. This study has sought, as an objective, to provide a more precise knowledge about risk behavior of teenagers and the treatment of health issues in secondary schools. Drug consumption prevention, sexual-affective education, training for road-safety and the promotion of physical and mental health are some of the key issues for the integral development of teenagers. The research was conducted in 24 secondary schools in the Basque Country. 571 students took part. All of them took part in health education programs subsidized by the Department of Education of the Basque Government during the school years 2010-11 and 2011-12. The data obtained from the questionnaires was treated with the SPSS 19.0 software and ITEMAN performing various statistical analyzes (Pearson correlations and percentages).

The results show that the unhealthy behavior of students is not only inter-related, but also related with their personal and school welfare. There is, moreover, a clear need for schools to increase their commitment to health education and promotion in their education projects. The lack of integration of health issues in education projects of schools is missed, for various reasons such as the lack of a policy committed to this new education field, the lack of teacher training, and possibly the insufficiency of resources dedicated to educational practice health issues at schools.

KEY WORDS

Adolescent, risk assessment, leisure time, drug use, health.

INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud constituye hoy el marco de referencia para tratar de forma coherente e integral las conductas de riesgo entre los adolescentes. Sin embargo, la sociedad actual, a caballo entre el consumismo insalubre y el control social de ciertas conductas no saludables, no parece muy preocupada por el derecho a la salud de los menores de edad, más allá del impacto mediático de algunos sucesos. La promoción de la salud tiene su mirada puesta en facilitar que las personas contribuyan con su esfuerzo a la construcción de un mundo más humano y saludable.

La salud es el resultado de las acciones combinadas de la sociedad. Aunque muchos de los problemas sanitarios clave se deben a factores personales de riesgo tales como el hábito de fumar y la inactividad física, no se pueden dejar de lado los factores sociales como la marginación, la pobreza y las condiciones socio-económicas (paro, contratos basura, precariedad etc.). La reducción de los problemas requiere la adopción de una perspectiva integrada para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, así como para la rehabilitación y el tratamiento (OMS, 1987, 1997, 2005). No se pueden olvidar, pues, los determinantes sociales de la salud (Marmot y UCL, 2013) entre los que hoy conviene destacar la crisis actual con sus consecuencias sobre la educación y la salud de las personas (Comité Técnico de la Fundación Foessa, 2014).

La prevención, por otra parte, no puede tener como meta erradicar las conductas de riesgo, perseguir las vulnerabilidades y prevenir todos los problemas. Recurrir al prohibicionismo cortaría los puentes con las personas implicadas en ellas. La acción preventiva mira a reducir la toma de riesgos excesivos que provocan peligros tanto para uno mismo como para los demás (Azocar, 2007). Y la buena educación contribuye por sí misma a la salud del alumnado. Así los resultados académicos tienen relación con variables relacionadas con la salud (Inglés *et al.*, 2013) y las personas que han experimentado el abandono prematuro educativo tienen una esperanza de vida con buena salud sensiblemente inferior (Fernández-Gutiérrez y Calero, 2014).

Por esto, el sistema escolar tiene una profunda e irremplazable responsabilidad, al hacerse cargo del cuidado educativo de niños, adolescentes y jóvenes, con su mirada puesta en la preparación para la vida. La salud no puede quedar marginada en los proyectos educativos de los centros, donde se integrarán los planes, programas y actividades que convengan de acuerdo con las necesidades biológicas, psíquicas, sociales y culturales de los alumnos.

Este trabajo pretende ser una primera aproximación al conocimiento de las necesidades de los estudiantes de ESO del País Vasco en relación con la salud, teniendo en cuenta también las intervenciones educativas desarro-

lladas por los profesores y profesoras. Con este fin, se recogen sus propias voces en relación con las conductas saludables y las prácticas educativas, lo que orientará la respuesta educativa a sus necesidades y su participación en las actividades a desarrollar.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO

La promoción de la salud, en su más ambicioso sentido, se presenta como una estrategia de cambio necesaria para favorecer los comportamientos saludables entre los adolescentes. Pero como su desarrollo no es una tarea fácil, conviene tener en cuenta lo que la investigación aporta sobre su aplicación en los centros escolares, que es muy escasa. El protagonismo del profesorado en el impulso de la promoción de la salud en la escuela es menor que el de las instituciones sanitarias teniendo en cuenta la implementación y la difusión de los programas, como concluye la investigación sobre el desarrollo de la promoción de la salud en la escuela en las etapas de infantil y primaria (Davó, 2008).

Por otra parte, aunque se habla con facilidad de la promoción de la salud en la escuela, en realidad se trata de la aplicación de una serie de sesiones de educación sanitaria desarrolladas por unos profesionales, en muchas ocasiones, ajenos al sistema educativo. Por lo tanto, no parece que se hayan asumido las exigencias de la escuela promotora de la salud (OMS, 2010).

De todas formas, no falta algún estudio que pretende informar sobre los avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud (PES) en la escuela (Salvador, 2008; Meneses *et. al.* 2009; Aramendi *et. al.*, 2014). Los obstáculos percibidos son de diversa índole, entre los que se apunta que:

- Las políticas educativas no dan prioridad a la salud en la escuela.
- Muchas actuaciones están basadas en la voluntariedad, por la falta de recursos existentes.
- El profesorado no se percibe como agente de salud y considera que todo lo relacionado con ella es tarea propia del personal sanitario u otros especialistas.
- Falta una formación específica del profesorado en general, tanto en lo relacionado con los conocimientos como con los métodos educativos.

- No existe un marco legal que obligue a cada centro a introducir la pes dentro del proyecto educativo y curricular del centro.
- Resulta difícil la coordinación entre las diferentes administraciones, aunque se perciba una cierta sensación de mejora.
- Existe una saturación de ofertas formativas de tipo transversal (medio ambiente, género, integración, convivencia, etc.).
- Faltan apoyos e incentivos para los profesionales (liberación horaria, soporte metodológico...).
- Escasea la implicación de las familias en los temas de salud y, concretamente, en la promoción de hábitos saludables.

Por lo que al País Vasco se refiere, faltan investigaciones sobre la promoción de la salud en los centros educativos. Se pueden tener en cuenta los estudios específicos sobre temas concretos de salud como, por ejemplo, la investigación sobre las drogas en los Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) donde se constatan limitaciones parecidas (Vega, Aramendi, 2009, 2012). La formación del profesorado en temas de salud es prácticamente inexistente, aunque no falta demanda por parte de los docentes. La impresión general del profesorado es que los servicios educativos de apoyo no se preocupan demasiado del alumnado y del profesorado. Es muy difícil educar para la salud cuando los mensajes de la escuela, de la familia y de la sociedad se contradicen. Las iniciativas llevadas a cabo en los PCPI no encuentran, por otra parte, el apoyo de otras instituciones sociales. A estas limitaciones, hay que sumar las dificultades para desarrollar proyectos transversales, fundamentalmente, por la falta de tiempo, la burocratización de los programas, la escasa importancia concedida a estos temas en el currículum y la poca coordinación existente entre los diversos sectores de la comunidad educativa.

El medio escolar, pues, tiene mucho que aportar en la promoción de la salud. Por ello, es necesario poner en marcha iniciativas de apoyo al profesorado, a través de la formación y el asesoramiento. Pero también son los propios profesores y profesoras quienes tienen que hacer un esfuerzo añadido para cumplir con los objetivos de la promoción de la salud, puesto que, además de formarse para la acción educadora ante las conductas no saludables, deberían hacerlo para poder diagnosticar potenciales situaciones de riesgo y vulnerabilidad y poner en marcha las medidas que convengan.

El estudio sobre el papel de las instituciones vascas respecto a los consumos de drogas en la adolescencia (Aróstegui, 2010), por su parte, muestra dos grandes necesidades de mejora que deben solventarse con urgencia:

por un lado, la coordinación entre todas las instancias que trabajan en el campo del consumo de drogas y la adolescencia; y por otro, el impulso de la prevención selectiva, dirigida específicamente a determinados sectores de la población adolescente. Esta prevención debería desarrollarse en los ámbitos escolar, familiar y comunitario con un trabajo bien coordinado.

Para las familias con mayor vulnerabilidad, el contacto más o menos regular con otros recursos, como los servicios sociales, así como la comunicación y coordinación entre las distintas entidades, podría servir para ofrecerles la prevención adecuada.

La prevención en los espacios de ocio juvenil acercaría estos programas a determinados colectivos no escolarizados ni detectados por la red asistencial a pesar de estar implicados en conductas de riesgo y consumo de sustancias ilegales. En la opinión de los educadores de calle, los recursos de ayuda siguen diseñándose para la mayoría, no para la juventud con problemas, al mismo tiempo que transmiten un mensaje de inadaptación. Lo que no contribuye a la prevención.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Método

Objetivos de la investigación

El objetivo general de la investigación es describir las conductas no saludables de los estudiantes de la ESO del País Vasco y analizar las intervenciones educativas desarrolladas por el profesorado y familias en relación con la promoción de la salud.

En este estudio se han planteado los siguientes objetivos específicos:

- Describir el tipo de conductas no saludables (ocio, higiene, seguridad vial, relaciones y convivencia...) en las que están implicados los alumnos y alumnas que cursan sus estudios en la enseñanza secundaria obligatoria de Euskadi.
- Identificar los tipos de drogas legales e ilegales que consumen los estudiantes de la ESO.
- Valorar la influencia de la familia y la escuela a la hora de informar a los estudiantes en torno a las conductas saludables.

- Conocer las opiniones del alumnado en torno a las iniciativas de promoción de la salud desarrollados por el profesorado en la educación secundaria obligatoria.
- Identificar los factores que influyen en el bienestar personal y escolar de los adolescentes de la ESO.

Diseño de la investigación

El proceso del estudio se ha desarrollado en varias fases:

- Fase de exploración inicial: se realizaron cinco entrevistas a los estudiantes para adaptar los planteamientos teóricos a la realidad de la vida de los centros y elaborar el cuestionario.
- Fase extensiva: se recogió información mediante un cuestionario administrado al alumnado. Este estudio es de tipo cuantitativo y ex post facto y tiene por objeto describir y analizar las opiniones de los estudiantes respecto al consumo de drogas y los programas de promoción de la salud desarrollados en los centros de secundaria.
- Fase integradora y propositiva: se integraron las informaciones de las fases anteriores y se realizaron propuestas de mejora para el abordaje de la educación para la salud en la educación secundaria obligatoria.

A la hora de seleccionar las dimensiones de la investigación se han tenido en cuenta las conclusiones de anteriores estudios realizados por los autores (Vega y Aramendi, 2010, 2012) donde se ha puesto de manifiesto la importancia de analizar las dimensiones curriculares, organizativas y comunitarias de la promoción de la salud. Los principales ámbitos de la investigación se han clasificado en las siguientes dimensiones:

- Datos de identificación: características de la muestra de la investigación (sexo, edad, curso, provincia).
- Percepciones de los alumnos y las alumnas sobre la ESO.
- Actividades de ocio y tiempo libre desarrolladas durante la semana.
- Relaciones sociales y de convivencia entre los jóvenes.
- Consumo de sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes, marihuana, hachís.

- Seguridad vial: información recibida, cumplimiento de normas.
- Información sobre la salud: proporcionada en casa, en el centro.
- Hábitos y conductas: limpieza e higiene personal, alimentación, ocio y tiempo libre.
- Actuaciones educativas para la promoción de la salud.

Las dimensiones se han concretado en un cuestionario construido *ad hoc*, de tipo Likert. En este artículo solamente se analizan algunos ámbitos de la investigación.

Instrumentos

La información se ha recogido mediante un cuestionario. Para diseñarlo, además de revisar la literatura relacionada con el tema, se han realizado 5 entrevistas al alumnado de cuatro centros de ESO. Los estudiantes fueron seleccionados por sus respectivos tutores. Se ha llevado a cabo una prueba piloto con 8 estudiantes de dos centros no participantes en este estudio. A partir de esta prueba, se modificó la redacción de nueve ítems y se clarificaron las instrucciones de la prueba. Esta fue validada por docentes de la Universidad del País Vasco y profesionales que investigan este tema. El cuestionario final contiene 92 ítems y fue administrado entre los meses de noviembre de 2011 y abril de 2012.

El cuestionario ha recogido diferentes variables correspondientes a cada dimensión, tal como se recoge en la siguiente tabla:

-
- Datos de identificación: sexo, edad, provincia.
 - Percepciones sobre la ESO.
 - Actividades de ocio y tiempo libre entre semana y fines de semana.
 - Relaciones con la familia, escuela.
 - Consumo de drogas: tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes, hachís...
 - Seguridad vial: conocimiento y cumplimiento de normas de tráfico.
 - Información sobre la salud: proporcionada en casa, en el centro.
 - Hábitos de limpieza, ocio y tiempo libre.
 - Intervención educativa del profesorado para la promoción de la salud.
 - Estrategias de aprendizaje y educación para la salud.
-

Tabla 1. Dimensiones del cuestionario del alumnado

Los miembros del equipo de investigación, mediante visita al centro, distribuyeron los cuestionarios y estos fueron devueltos por correo postal.

Población y muestra de la investigación

El trabajo de investigación se ha llevado a cabo en una población de 32 centros educativos de la ESO del País Vasco subvencionados por el Departamento de Educación para realizar proyectos de promoción de la salud durante los cursos 2010-2011 y 2011-2012. De esta población se ha seleccionado una muestra de 24 institutos (75%).

Se han enviado 60 cuestionarios por centro (doce por cada curso de ESO y Programas de Diversificación Curricular —PDC—, en total 1.440 cuestionarios), siendo los docentes los encargados de distribuirlos al azar en los grupos de cada curso. Se ha obtenido una muestra de 571 alumnos y alumnas de estos centros educativos (39,65%) comprometidos con los temas de salud. El alumnado de educación secundaria consultado en esta investigación es de sexo masculino (55,5%) y femenino (44,5%), con edades comprendidas entre 12 años (30,4%), 13 años (22,5%), 14 años (27,3%), 15 años (10,9%), 16 años (5,5%) y 17 años (3,4%). Cursan primero de la ESO (20,5%), segundo (21,2%), tercero (22,4%), cuarto (21%) y Proyectos de Diversificación Curricular (15,9%).

La mortalidad se debió fundamentalmente a la negativa a contestar el cuestionario por parte del alumnado, la falta de tiempo y el escaso interés de algunos docentes por colaborar en este estudio.

| Capital | Cuestionarios |
|-----------------|---------------|
| Guipúzcoa | 480 |
| Vizcaya | 480 |
| Álava | 480 |
| Total enviados | 1440 |
| Total recibidos | 571 |
| Porcentaje | (39.65%) |

Tabla 2. Fase de recogida de información

Los datos de la parte cuantitativa fueron tratados con el paquete informático SPSS 19.0 realizándose diversos análisis descriptivos univariados y bivariados (promedios, porcentajes y correlaciones de Pearson). Para el análisis del funcionamiento de los ítems se ha utilizado el programa ITEMAN.

La fiabilidad de cuestionario es de 0.855 (Alfa de Cronbach). Al finalizar la recogida de información se ha procedido al análisis intensivo de los datos siguiendo el siguiente procedimiento (Lukas y Santiago, 2009):

- Fase 1: Reducción de la información: selección e identificación de la información, determinación de los objetivos del análisis, establecimiento de un sistema de categorías, estudio del sistema de categorías y codificación.
- Fase 2: Organización de la información.
- Fase 3: Análisis e interpretación de los resultados.

Durante la investigación se han experimentado algunas limitaciones que han obstaculizado el proceso. La comunicación con las direcciones de los centros no ha sido demasiado fluida y el escaso interés de algunos docentes ha mermado la participación. Finalmente, debemos mostrar nuestro agradecimiento a la Universidad del País Vasco por el apoyo y la financiación de la investigación «Las conductas no saludables en la adolescencia: análisis de la realidad de los centros de secundaria obligatoria y de su atención educativa» (EHU 09/05).

Resultados

A continuación se exponen algunos resultados sobre algunos comportamientos saludables como el uso del tiempo libre, la higiene personal, la alimentación, la seguridad vial, la relación con los compañeros y el consumo de drogas. Estas conductas, relacionadas entre sí, están condicionadas a su vez por otros factores personales y sociales a tener en cuenta para poder desarrollar una educación para la salud coherente y eficaz, como el bienestar personal y escolar de los alumnos y las alumnas.

Por lo que se refiere al tiempo libre, el 23,6% del alumnado afirma no salir por las tardes con los amigos y amigas entre semana. Salen una tarde por semana el 25%, dos tardes, otro 25%, tres tardes, el 10,7%, cuatro tardes 5,7% y todas las tardes, el 10%. En los fines de semana sale un día el 25,7% y dos días, el 73,6%, mientras el 0,7% dice no salir.

En cuanto a la higiene personal, la mayoría del alumnado se lava los dientes a diario (74,5%), aunque solo la mitad de los estudiantes (49,3%) lo hace después de comer. El 82,1% se lava los dientes siempre después de cenar. Por otra parte, las revisiones dentales son frecuentes entre los jóvenes: el 77,7% va al dentista al menos una vez al año.

Con relación a los hábitos de alimentación, aparece que casi una cuarta parte (22,5%) del alumnado no desayuna todos los días, el 50,7%, es decir, la mitad del alumnado no almuerza todos los días y el 14,1% no come a diario. Además, el 69% de los estudiantes consume alimentos entre comidas. Por otra parte, al 35,4% opina que le gustaría estar más delgado.

Por lo que se refiere a la seguridad vial, el 33,8% respeta pocas veces las señales de tráfico cuando va en bicicleta o moto y el 34,3% cuando va andando. El 10,7% se pone a veces el cinturón de seguridad cuando va en coche. El 81% se pone a veces el casco para andar en bicicleta, el 37,8% para conducir en moto y el 31,9% cuando va de pasajero en moto.

Respecto a la relación con los compañeros, el 91,4% opina que es fácil hablar con sus amistades sobre las cosas que le preocupan, el 82,7% cree que es fácil hablar sobre cosas que le preocupan con las amistades del mismo sexo y el 65% con los amigos/as del sexo opuesto. Los alumnos/as afirman ser populares entre sus compañeros/as (73,6%), creen que son divertidos (77,3%) y le gustaría ser diferente para tener más amigos/as (15,6%). En cuanto a la violencia escolar, el 89,1% afirma que no le han pegado nunca en el instituto. Aproximadamente la mitad del alumnado opina que expresa sin problemas sus opiniones en clase, el profesorado le trata de forma justa, se interesa por los estudiantes como personas y consiguen con facilidad ayuda extra de los docentes. Los estudiantes afirman también que les gusta estar en el colegio.

Respecto al consumo de drogas, el alcohol, tabaco y hachís son las drogas más consumidas. El 54,2% dice beber alcohol, aunque el 69,7% de los estudiantes no se ha emborrachado. El 56,8% comenzó a probarlo entre los 13 y 14 años. Para el 63,4%, la primera borrachera tuvo lugar entre los 13 y 14 años. No bebe el 61,9% de los adolescentes y el 74,5% de los jóvenes bebedores lo hace el fin de semana. El 81,1% afirma no haberse emborrachado nunca y el 7% se ha emborrachado más de una vez. En cuanto al tabaco, dice no fumar el 66,7% y el 57,7% afirma haber fumado el primer cigarrillo entre los 13 y 14 años. El tabaco se consigue de las personas mayores (15,9%), de sus amistades (21,6%), en el estanco (13,6%), en el bar (20,6%) y en la tienda (16,8%). El 51% de los estudiantes compra el tabaco en un establecimiento comercial. Más de la mitad de los estudiantes que han fumado alguna vez tienen en su entorno una o dos personas fumadoras (66,7%). Por lo que se refiere al tipo de sustancias, la droga más consumida es el hachís y la marihuana (24,6%), seguida de los tranquilizantes (7,2%).

¿Quién informa a los jóvenes en torno a las diferentes conductas de riesgo? Al plantear la cuestión sobre la información recibida sobre estos temas en la escuela y en el seno familiar, se obtuvieron los resultados que refleja la tabla 3:

| | Familia (%) | Escuela (%) |
|--|-------------|-------------|
| Información relacionada con: | | |
| El cuidado de la boca y los dientes | 71,5 | 28,5 |
| El consumo de alcohol | 47,2 | 52,8 |
| El consumo de tabaco | 48,3 | 51,7 |
| Las drogas ilegales | 46,8 | 53,2 |
| Los accidentes y los primeros auxilios | 65,1 | 34,9 |
| La sexualidad | 41,4 | 58,6 |
| Medidas para evitar el embarazo | 47,0 | 53,0 |
| El SIDA | 50,9 | 49,1 |
| La alimentación | 50,2 | 49,8 |
| La motivación hacia el deporte | 50,6 | 49,6 |

Tabla 3. Fuentes de información sobre la salud

La familia informa más que la escuela en seis de los once temas planteados. La aportación informativa de la familia es ligeramente superior en ámbitos como el cuidado de la boca y dientes, los accidentes de tráfico y primeros auxilios, el SIDA, la alimentación, la motivación hacia el deporte y la higiene personal. La escuela, según el alumnado, aporta más información sobre el consumo de tabaco, el alcohol, las drogas ilegales, la sexualidad y las medidas anticonceptivas para evitar el embarazo.

¿Sobre qué temas informa el profesorado en la escuela? Ante la pregunta relacionada con las diferentes actividades realizadas por el docente, se obtuvieron los resultados que recoge la tabla siguiente:

| | Acuerdo (%) |
|---|-------------|
| Me informa sobre la igualdad entre mujeres y hombres | 61,2 |
| Me informa sobre la violencia de género | 47,4 |
| Me anima a hacer deporte | 46,7 |
| Trabaja en clase los temas relacionados con la salud | 45,7 |
| Me informa para mejorar mi salud | 44,9 |
| Me orienta sobre cómo comer de forma saludable | 44,8 |
| Me orienta para vivir mejor | 43,9 |
| Me ayuda a comprender los temas relacionados con la salud | 42,0 |
| Me informa sobre el tema de las drogas | 40,5 |
| Me informa sobre los accidentes laborales | 35,1 |
| Me informa sobre temas de sexualidad | 34,5 |
| Me informa sobre los accidentes y la educación vial | 29,7 |
| Me informa sobre el SIDA | 29,7 |

Tabla 4. Información y ayuda aportada por el profesorado

Los estudiantes creen que los docentes se implican poco en temas de educación para la salud. Únicamente la información relativa a la igualdad entre mujeres y hombres obtiene un porcentaje mayoritario. A pesar de su relevancia social, se informa poco sobre la violencia de género, la mejora de la salud, la alimentación, las drogas, los accidentes laborales, la sexualidad, la educación vial y los accidentes de tráfico y el SIDA. Además se anima poco al alumnado para hacer deporte, se orienta poco en torno a la vida saludable y la mejora de la salud y se ayuda poco para comprender estos temas. En general, el alumnado opina que los docentes apenas se implican en los temas relacionados con la salud.

Y como los comportamientos del alumnado están estrechamente relacionados con su bienestar en la escuela interesa conocer las relaciones entre diferentes variables del estudio. En la tabla 5 se pueden observar las que mayor relación tienen con el bienestar escolar de los estudiantes de la ESO del País Vasco.

| | Correl. | Sig. |
|---|---------|-------|
| Satisfacción con el profesorado | 0.319 | 0.000 |
| Tiempo libre sano | 0.227 | 0.004 |
| Cumplimiento de normas de seguridad vial | 0.212 | 0.004 |
| Autoestima del alumnado | 0.200 | 0.004 |
| Edad de inicio tardía en el consumo de tabaco | 0.181 | 0.005 |
| Ayuda del profesorado en temas de salud | 0.170 | 0.023 |
| Metodologías activas de enseñanza | 0.145 | 0.044 |
| Curso del alumno/a | -0.214 | 0.001 |
| Fatiga del alumnado | -0.206 | 0.002 |
| Violencia escolar sufrida | -0.198 | 0.003 |
| Edad del alumnado | -0.175 | 0.007 |

Tabla 5. Bienestar escolar del estudiante

El bienestar escolar del estudiante está relacionado de manera directa con la satisfacción del alumnado con los docentes, la utilización del tiempo libre de forma sana, el cumplimiento de las normas de educación vial, la autoestima del alumnado, la edad de inicio tardía en el consumo de tabaco, la ayuda recibida por el profesorado en temas de salud y las metodologías de enseñanza utilizadas. Se relaciona de forma inversa con el curso impartido por el alumnado, la fatiga de este, la violencia escolar sufrida y la edad del estudiante.

En cuanto al bienestar personal del alumnado y su relación con las variables de la investigación se obtuvieron los resultados que recoge la tabla 6.

| | Correl. | Sig. |
|---|---------|-------|
| Edad de inicio tardía en el consumo alcohol | 0.474 | 0.000 |
| Satisfacción con el profesorado | 0.405 | 0.000 |
| Confianza con la familia | 0.365 | 0.000 |
| Autoestima personal | 0.361 | 0.000 |
| Higiene personal | 0.350 | 0.000 |
| Edad de inicio tardía en el consumo tabaco | 0.344 | 0.000 |
| Confianza con los padres | 0.326 | 0.000 |
| Situación vital | 0.310 | 0.000 |
| Consumo de drogas ilegales | -0.319 | 0.000 |

Tabla 6. Bienestar personal del adolescente

Los resultados obtenidos muestran que el bienestar personal del adolescente correlaciona de forma positiva con la confianza en los padres y el profesorado, la higiene personal, la autoestima personal y una situación vital mejor. La correlación es negativa, en cambio, con el consumo de sustancias ilegales.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La educación para la salud no parece tener arraigo en los centros educativos a pesar de que existen conductas y situaciones de riesgo entre los adolescentes. Las conclusiones más importantes que se pueden extraer del estudio son las que se explicitan a continuación:

1. El alumnado de la ESO sale poco entre semana. Aproximadamente sale a la calle entre una y dos tardes por semana. En general, mantiene hábitos saludables de higiene personal (lavarse los dientes...) y, sin embargo, los hábitos de alimentación dejan mucho que desear. Respeta poco las normas de seguridad vial y las relaciones con sus compañeros y compañeras del colegio son buenas.
2. El alcohol, el tabaco y el hachís son las drogas más consumidas por los adolescentes. A pesar de la prohibición más de la mitad de los jóvenes consumidores compran el tabaco y el alcohol en establecimientos comerciales sin ningún problema. Dos tercios de los adolescentes que fuman tienen en su entorno una o dos personas fumadoras.

3. Las fuentes de información más utilizadas sobre salud por los estudiantes son la familia y la escuela. Según los estudiantes la familia informa más en temas como del cuidado de la boca y dientes, la seguridad vial, los primeros auxilios, el SIDA, la alimentación, la motivación hacia el deporte y la higiene personal. La escuela aporta más información en torno al consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, sexualidad y medidas anticonceptivas para evitar el embarazo. El docente informa al alumnado fundamentalmente sobre la igualdad entre hombres y mujeres. En los demás temas la información es escasa.
4. El bienestar escolar está estrechamente relacionado con la satisfacción del estudiante con el profesorado, la utilización sana del tiempo libre, el cumplimiento de las normas de seguridad vial, la autoestima del alumnado, la edad de inicio en el consumo de tabaco, la ayuda del profesorado en temas de salud y las metodologías de enseñanza utilizadas por los docentes. El bienestar personal del adolescente está relacionado con la edad tardía de inicio en el consumo de alcohol, la satisfacción con el profesorado, la confianza con la familia, la autoestima personal, la higiene, la edad de inicio en el consumo de tabaco, la confianza con los padres y la situación vital del adolescente.

En síntesis, se constata una necesidad clara de que los centros educativos asuman un mayor compromiso con la educación y la promoción de la salud, necesidad reconocida tanto por el alumnado como por los docentes. La dificultad está en su integración en los proyectos educativos de los centros, contemplando aquí su inserción en el currículum y en la organización escolar, por razones varias como la falta de una política comprometida con este ámbito educativo, la carencias de formación de los profesores y profesoras, y posiblemente los pocos recursos dedicados en los centros a la práctica educativa en temas de salud.

La promoción de la salud constituye el marco adecuado para conseguir ese desarrollo integral que el sistema educativo pretende. Y los programas de educación para la salud conseguirán sus objetivos en la medida en que reciban el apoyo educativo y social necesario tanto en los centros como fuera de ellos. Pero antes se necesita una comprensión profunda de las conductas no saludables de los adolescentes y de los contextos en los que ellos y ellas se desenvuelven, sobre todo de los entornos educativos, dada su responsabilidad en la formación de la ciudadanía comprometida y saludable (OMS, 2008).

Ante la complejidad de las conductas no saludables, se deben articular planes de actuación, que al mismo tiempo que asumen respuestas a problemas concretos, contemplan una actuación educativa integral e integrada

en toda la dinámica escolar y dentro de los planes de acción comunitaria. A la comunidad educativa corresponde buscar las prestaciones que más convengan en su tarea educadora y hacer las adaptaciones oportunas dentro siempre de un clima escolar saludable. Tampoco se renuncia a la prevención selectiva, para las personas que están en situación de riesgo, ni a la indicada que se dirige a las que presentan indicios de problemas asociados a las conductas de riesgo (Guitart, 2012).

Conviene recordar, como señala el estudio de Sevillano *et. al.* (2007) sobre TV, drogas y valores, que los propios adolescentes piden más información sobre el consumo de drogas, no solo para el consumidor sino también para sus familias y la sociedad en general. Y destacan la necesidad de programas que estimulen la vida sana en la familia y que promuevan valores. La programación, por otra parte, debe tener menos escenas violentas, fomentar alternativas ante el consumo de sustancias adictivas e informar sobre los centros de ayuda.

A los educadores y educadoras corresponde asumir las inquietudes y propuestas de los propios niños y adolescentes para integrarlas en planes de intervención ambiciosos y continuados que den coherencia a la intervención educativa. Se requiere, como señala Salvador (2008), la adopción de un enfoque y una gestión global y no segmentada de la educación para la salud, donde cabe destacar la necesidad de:

- Promover la adopción de un enfoque global y no programas segmentados y mutuamente desvinculados como sucede muy a menudo (tabaco, drogas, SIDA...).
- Partir de un diagnóstico de necesidades a nivel local.
- Equilibrar el tratamiento de los distintos ámbitos.
- Avanzar hacia una mayor homogeneidad (conceptual, terminológica, metodológica, etc.).
- Mejorar los recursos de planificación y evaluación accesibles al profesorado y a los centros.
- Promover, tutelar y apoyar la evaluación de resultados.
- Optimizar la información dispersa en Internet y recogerla en un portal de referencia.

- Controlar intervenciones de empresas privadas que pretenden realizar actuaciones o proyectos en PES, sin atenerse a criterios de evidencia y de efectividad.

Se considera conveniente también la apuesta por la formación continua, y la creación de instrumentos de supervisión y feed-back, sistemas de información y registro de las actuaciones desarrolladas, apoyo externo a los centros educativos y aporte de información sobre eficacia y equidad probada, derivada de la investigación disponible (Currie, 2008).

Estas exigencias debieran estar contempladas en el proyecto educativo de cada centro, para poder aglutinar todas las actuaciones educativas en un plan común (Vega y Aramendi, 2011). En este proyecto se asumirán también los temas relacionados con las conductas de riesgo. Y para esto, no hace falta crear nuevos servicios, sino que las organizaciones ya existentes, sobre todo, la relacionadas con el desarrollo personal y social de la ciudadanía, asuman en su proyecto educativo todo lo relacionado con los comportamientos de riesgo. En este sentido, urge rescatar el compromiso de los ayuntamientos con sus planes municipales para aglutinar el esfuerzo preventivo y terapéutico de las diferentes instituciones (Junta de Andalucía, 2006) y asumir un proyecto educativo de ciudad (García y Sánchez, 2010; Muñoz, 2012).

No hay que obviar los problemas que van a dificultar la tarea propuesta, desde la falta de formación del profesorado hasta la falta de recursos, sin olvidar la ansiedad que pueda provocar en padres, profesorado y/o estudiantes el tratar ciertos temas, como el de las drogas o la sexualidad. Tampoco se pueden dejar de lado las contradicciones de la población adulta cuya escala de valores se aproxima a la de los jóvenes. Los valores tradicionalmente reprochados a los jóvenes suelen estar muy asumidos en la vida adulta: «vivir sin pensar en el mañana», «arriesgarse por cosas nuevas», o «disponer de mucho tiempo de ocio», valores muy ligados al consumo de las drogas y otras conductas de riesgo para la salud.

A la escuela corresponde formar personas que se enfrenten con los retos de la vida y proveerles de los recursos que les permitan ser felices, más allá de la sumisión y el consumismo. Vivir de forma saludable es vivir con autonomía, solidaridad y alegría. Pero sin olvidar que estadísticamente todo se explica, mientras personalmente todo se complica, como señala Pennac (2008). Corresponde a los educadores y educadoras analizar la situación concreta en la que trabajan para poner en marcha las estrategias que más convengan dentro de su proyecto educador. No podemos defraudar las aspiraciones de los adolescentes de hoy, por lo que habrá que fomentar entre los profesionales del sistema educativo el debate para encontrar mecanismos

y estrategias capaces de ofrecer respuestas adecuadas a sus necesidades y demandas. Como también difundir valores que conduzcan a la formación de ciudadanos y ciudadanas no centrados en el consumo, defensores del medio ambiente, equitativos, tolerantes y dotados de responsabilidad respecto de su papel en la sociedad (Eresta y Delpino, 2012).

No hay que olvidar, por otra parte, que las conductas de riesgo suelen estar interrelacionadas entre sí. Así el consumo de drogas guarda relación con los accidentes de tráfico (Vega y Cano, 2011) y tiene relación con el modo de vida del «menor» (Balda y Miranda, 2012).

Conseguir una adolescencia que sea capaz de enfrentarse de forma saludable con los riesgos de la vida, exige el compromiso pleno de las instituciones con la mirada puesta en el interés prioritario del menor. La educación no puede entenderse al margen del contexto social ni de su evolución. Para afrontar de forma eficaz las situaciones de riesgo es imprescindible apostar de forma sostenida por políticas a favor de la infancia y la juventud que contemplen todos los aspectos esenciales de su desarrollo: salud física, psicológica y relacional, educación, ocio y tiempo libre, seguridad, familia y medio ambiente (Vega, Aramendi y Garin, 2012). Lo que encaja con el objetivo de promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía, como pretende el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España (2014), en el que los menores de 15 años es uno de los colectivos priorizados. Por todo ello, la educación para la salud sigue siendo un reto educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aramendi, P. y Ayerbe, P. (2007). *Aprender a convivir: un reto para la educación secundaria obligatoria*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Aramendi, P.; Buján, K. y Arburna, R. (2014). Educación para la Salud e intervención educativa en la ESO. La percepción del alumnado. *Revista Española de Pedagogía*, 259.
- Arostegui, E. (2010). *El papel de las instituciones vascas respecto a los consumos de drogas de la adolescencia*. Ararteko: Gasteiz.
- Azocar, B. (2007). *Las conductas de riesgo. Pensar y actuar en la prevención*. Bobigny: Conseil General de Seine Saint-Denis.
- Balda, M. L. y Miranda, M. A. (2012). *Menores vulnerables y consumo de sustancias: detección e intervención*. Logroño: Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones. Dirección General de Salud Pública y Consumo.
- Comité Técnico de la Fundación FOESSA (2014). *La fractura social se ensancha. Avance de resultados de la Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales, 2013. Precariedad y cohesión social*. Madrid: Fundación Foessa.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de ESPAÑA (2014). *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Currie, C. (2008). *Inequalities in young people's health HBSC International report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Davo, M. C. (2008). Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española: una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 22(1), 58-64.
- Eresta, M. J. y Delpino G. M. A. (2012). *Adolescentes de hoy. Aspiraciones y modelos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://issuu.com/ligaeducacion/docs/adolescentes_de_hoy
- Fernández-Gutiérrez, M. y Calero, J. (2014). Los costes no monetarios del abandono educativo prematuro: una estimación en términos de años de buena salud. *Educación XXI*, 17(2), 241-263.
- Gaitán, L. (2010). Sociedad, infancia y adolescencia, ¿de quién es la dificultad? *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 17, 29-42.
- García, L. M., y Sánchez, F. J. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Guitart, A. (2012). Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*, 86(2), 189-198.
- Inglés, C. J. et al. (2013). Uso de alcohol y tabaco y variables cognitivo-motivacionales en el ámbito escolar: efectos sobre el rendimiento académico en adolescentes españoles. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 25(1), 63-70.
- Junta de Andalucía (2006). *Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.

- Lukas, J. F., Santiago, K. (2009). *Evaluación Educativa*. Madrid: Alianza.
- Marmot, M. y UCL (2013). *Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region. Final Report*. Copenhague: WHO.
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S. y Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11(1), 51-63.
- Muñoz, J. L. (2012). *Ayuntamientos y desarrollo educativo*. Madrid: Popular.
- OMS (1987). Conferencia Internacional de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 61, 129-133.
- OMS (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Recuperado de: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf.
- OMS (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- OMS (2008). *Risk behaviour (tobacco use, alcohol use, cannabis use, sexual behaviour, fighting and bullying). Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School Aged Children International Report from the 2005/2006 Survey*. Edimburgo: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2010). *Escuelas Promotoras de Salud*. Recuperado de: http://www.paho.org/spanish/hpp/hpm/hec/hs_about.htm
- Pennac, D. (2008). *Mal de escuela*. Barcelona: Mondadori.
- Salvador, T. (2008). *Informe: diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sevillano, M. L., González, M. P. y Rey, L. (2007). Televisión, actitudes y drogas en adolescentes: investigación sobre sus efectos. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, 33(1) 185-192.
- Vega, A. (2010). *Cómo educar sobre drogas en las escuelas*. México: Trillas.
- Vega, A. y Aramendi, P. (2010). Entre el fracaso y la esperanza. Necesidades formativas del alumnado de los Programas de Cualificación Profesional Inicial. *Educación XXI*, 13(1), 39-63.
- Vega, A. y Aramendi, P. (2011). La mediación educativa de los Programas de Cualificación Profesional Inicial: A propósito de las drogas. *Educación XXI*, 14(2), 213-236.
- Vega, A. y Aramendi, P. (2012). *Las drogas en los PCPI: reto educativo*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco.
- Vega, A., Aramendi, P., Buján, K. y Rekalde, I. (2012). *Las conductas no saludables en la adolescencia: análisis de la realidad de los Centros de Secundaria Obligatoria y de su atención educativa en el País Vasco*. Memoria de investigación.
- Vega, A., Aramendi, P. y Garin, S. (2012). Adolescentes y jóvenes: desde las conductas de riesgo a la inclusión social. *Zerbitzuan*, 52, 167-178.
- Vega, A. y Cano, L. (2011). Los accidentes de tráfico en relación con las drogas. Reflexiones para la acción educativa en las escuelas. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(3), 301-340.

PERFIL ACADÉMICO Y PROFESIONAL DE LOS AUTORES

Amando Vega Fuente, Catedrático de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad del País Vasco (Facultad de Ciencias de la Educación). Su trayectoria investigadora se ha centrado fundamentalmente en temas relacionados con la exclusión social, la inclusión educativa, la promoción de la salud y la atención a la diversidad.

Pedro Aramendi Jauregui, Doctor en Ciencias de la Educación y profesor titular de la Universidad del País Vasco. Pertenece al Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Investiga en ámbitos relacionados con la exclusión educativa y social y el currículum.

Karmele Buján Vidales, Doctora en Ciencias de la Educación y profesora titular de la Universidad del País Vasco. Pertenece al Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Investiga en ámbitos vinculados al fracaso escolar y la organización de centros educativos.

Segundo Garín Casares, Doctor en Ciencias de la Educación y profesor interino de la Universidad del País Vasco. Pertenece al Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Investiga en ámbitos vinculados a la exclusión social y la organización de centros educativos.

Dirección de los autores: Universidad del País Vasco
Facultad de Filosofía y Ciencias
de la Educación
Escuela de Formación del Profesorado
Departamento de Didáctica y Organización
Escolar
Avenida de Tolosa, 70
20018 San Sebastián-Guipúzcoa
e-mail: amandovega@telefonica.net
amando.vega@ehu.es
pello.aramendi@ehu.es
karmele.bujan@ehu.es
egundomaria.garin@ehu.es

Fecha Recepción del Artículo: 16. Mayo. 2013

Fecha Modificación Artículo: 23. Abril. 2014

Fecha Aceptación del Artículo: 30. Abril. 2014

Fecha Revisión para publicación: 26. Mayo. 2014

