

ORIGINALES

DIMENSIONES EDUCATIVAS Y SANITARIAS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: UNA EXPERIENCIA PARTICIPATIVA Y GLOBAL EN DOS ZONAS DE SALUD DE MURCIA *

Antonio Sánchez Moreno, Virtudes Sánchez Estévez, Juan Cánovas Valverde, María Luisa Barceló Aparicio y Pedro Marset Campos

Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

* Trabajo realizado con subvención del FISS.

RESUMEN

Fundamento: Se exponen los resultados de una experiencia en Educación Sanitaria Escolar, a lo largo de dos años y en dos zonas de salud, que pretende fomentar contactos estables entre todos los interesados para realizar actividades integradas en el trabajo diario, y con ello mejorar los hábitos de los escolares.

Método: La actividad se sitúa en el paradigma de Investigación Acción. En la evaluación del proceso y producto se utilizan metodologías cualitativas y cuantitativas.

Resultados: El programa ha tenido un efecto estadísticamente significativo sobre los hábitos que constituyeron centro de interés (higiene bucodental y ejercicio físico) y sin efecto sobre los que no se trabajaron. Han sido 13 Centros Educativos implicados, 2 Centros de Salud y el Dpto de Ciencias Sociosanitarias de la Facultad de Medicina. La colaboración entre todos los interesados ha sido creciente, aunque se constatan dificultades para ello y abandonos.

Conclusiones: Entendemos como crucial el papel a desempeñar por los Consejos de Salud y los Consejos Escolares, en el marco de la zona de salud para el desarrollo de las recientes disposiciones ministeriales al respecto.

Palabras clave: Educación Sanitaria Escolar. Educación para la Salud. Participación Comunitaria. Atención Primaria.

ABSTRACT

Educational and Health Dimensions of Health Education at School: a Participative Total Experience in Two Health Areas of Murcia

Background: The results of and experience on School Health Education during two years and in two health areas, which intends to promote solid contacts between all people interested in carrying out activities included in daily work, and, this way, to improve the schoolchildren habits are shown.

Method: The activity is situated in the Investigation Action paradigm. Quantitative and qualitative methods are used in the process and product evaluation.

Results: The programme has had an statistically significant effect on the habits considered to be of interest (dental hygiene and physical exercise) and no effects on those habits on which no work was done. There have been 13 Educational Centers, 2 Health Centers and the Faculty of Medicine Sociosanitary Sciences Department. Collaboration, among all interested people, has been increasing, although there have been found difficulties and giving up.

Conclusions: Our opinion is that the role to be played by the Health Councils and the School Councils is essential to develop the recent ministerial dispositions on the matter, within the scope of health areas.

Key words: School Health Education. Health Education. Community Participation. Primary Health Care.

I. INTRODUCCION

La confluencia de intereses entre los ob-

Correspondencia:

Pedro Marset Campos.
Historia de la Medicina. Facultad de Medicina.
Campus de Espinardo. MURCIA.

jetivos del sistema educativo y sanitario en situar como tarea importante la educación para la salud en la escuela (siguiendo a la OMS, tanto en Alma Ata, como en Otawa, así como al Consejo de Europa¹), hace de esta un tema apasionante con la nueva etapa que se inicia por la puesta en marcha del Diseño Curricular Base y con el desarrollo de los

componentes participativos y salubristas del nivel primario, según las previsiones de la Ley General de Sanidad.

Son muchos los autores que han trabajado en Educación para la Salud en la Escuela en todo el mundo^{2,3}, pero los más rigurosos se quejan de insuficiencias metodológicas en las experiencias⁴, de escasas repercusiones sobre los hábitos finales de los escolares⁵, de su poco peso en el currículum⁶ o de los efectos de la integración de los mismos y su evaluación⁷, de sus contenidos⁸, así como de las dificultades encontradas para la adecuación de los conocimientos de los niños a los objetivos oficiales⁹, sin olvidar el papel de los profesionales sanitarios¹⁰ y las posiciones concretas de maestros ante este tema^{11,12}.

El Diseño Curricular Base (DCB)^{13,14,15,16,17} y los posteriores Reales Decretos que establecen las enseñanzas mínimas y los currícula de enseñanza infantil, primaria y secundaria^{18,19,20,21,22,23}, tienen un gran poder de difusión y son acertados en general, pero sería imprudente pensar que son capaces de despejar todas las dudas y dificultades presentes para su aplicación. Exigen una acción intencional decidida para que los objetivos sanitarios de sus áreas curriculares no se conviertan en una especie de "asignatura por partes" o capítulos de unas determinadas materias que hablan sobre la salud. Si en la actividad concreta de educación para la salud en la escuela el eje es el maestro, sería necesario convenir que el estímulo más importante para el desarrollo de esta tarea formadora debe provenir de la propia colectividad, transformándose más allá de su primordial dimensión pedagógica y didáctica, en materia a compartir por los profesores con la comunidad (los padres) y con los profesionales sanitarios del nivel primario²⁴.

Son necesarias experiencias rigurosas que sirvan de aportación al mejor desarrollo del DCB y aunque legítimamente se pueden y deben tener diferentes enfoques (papel del profesorado, distintos procedimientos didácticos, desarrollo de recursos y materiales, etc.), nosotros preferimos en este momento la perspectiva globalizadora que ofrece la zona

de salud. Ello es así por constituir ésta el ámbito demográfico y geográfico mínimo en el que interaccionan todos los factores más influyentes en la formación de hábitos saludables, los diversos protagonistas y las instancias públicas interesadas.

A partir de sendas iniciativas, coincidentes pero independientes, de los profesores y padres de alumnos presentes en los Consejos de Salud de los Centros de Salud de las zonas de Santa María de Gracia (Casco urbano de Murcia) y La Ñora (Huerta de Murcia), se llevó a cabo una experiencia de Educación para la Salud en la Escuela con la pretensión de abarcar, en principio, la totalidad de los centros educativos de ambas zonas, estudiando para ello las principales carencias en hábitos higiénicos de los alumnos²⁵. Hay que tener en cuenta que cuando se programa toda esta actividad (1989) aún no está implantado el DCB, ni existen directrices claras de las administraciones sanitarias que orienten sobre esta materia a los Centros de Salud.

El objetivo del presente trabajo es exponer los resultados y reflexiones, en sus dimensiones educativas y sanitarias, de una actividad que ha implicado a diez Escuelas de EGB y a tres Institutos de Enseñanza Media, así como a dos Centros de Salud y al Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Han participado un total de 2.529 personas, de las que 2.183 fueron alumnos de enseñanza primaria y secundaria y el resto 37 profesores de EGB, 8 de Enseñanza Media, 3 de Universidad, 8 médicos, 12 enfermeros, 3 trabajadoras sociales, 2 auxiliares, 23 estudiantes de medicina, y 250 padres de alumnos. Por todo ello se entiende que es un trabajo colectivo.

El objetivo del programa consistía en fomentar contactos estables entre todos los interesados para realizar actividades integradas en los currícula y en el trabajo diario, y de esta forma mejorar conocimientos, actitudes y, fundamentalmente, hábitos personales saludables.

Las hipótesis que guiaban nuestra experiencia eran: 1.^a) Los hábitos saludables de

los alumnos pueden incrementarse con la Educación para la Salud; 2.^a) se pueden establecer cauces de colaboración permanentes entre todos los agentes sociales implicados en la experiencia; 3.^a) al ser utilizado un método básicamente participativo, se desencadenarán conductas y reacciones tanto positivas como negativas por parte de los principales protagonistas.

II. MATERIAL Y METODO

La experiencia se sitúa en el paradigma de investigación participativa o investigación-acción^{26, 27, 28, 29}. Se traslada el interés por el rigor tecnocrático a la preocupación por el tema a investigar, para que participen en él todos los interesados, se busquen coordenadas organizativas para ello y se establezcan relaciones fructíferas entre los Centros Escolares, Centros de Salud, padres, el Departamento universitario y la comunidad en general^{30, 31}, y, de esta forma conseguir que el resultado último sea en la práctica la modificación y mejora de los hábitos higiénicos de los alumnos.

El proceso tiene tres fases bien diferenciadas:

1.^a) Determinación, en el curso 1989-90, de forma participativa y por acuerdo de los dos Consejos de Salud, de los hábitos higiénicos de los escolares de ambas zonas, a través de 1.182 encuestas.

2.^a) Realización de la actividad didáctica, iniciándose en el primer trimestre del curso 1990-91 con reuniones expositivas en los Consejos escolares y confección de una programación que tiene las siguientes características: a) se apoya en la Escuela, en el Centro de Salud y en los padres; b) colaboran, de forma voluntaria, estudiantes de los cursos 4.^o y 6.^o de la Facultad de Medicina, cuyo fin es contribuir al inicio del programa, a su cohesión, desarrollo y evaluación, de acuerdo con la orientación europea de que las Facultades de Medicina participen en las tareas de promoción de la salud^{32, 33}; c) la actividad se dirige en principio, dentro de cada

centro, a alumnos de 2.^o y 7.^o de EGB, y 2.^o de BUP, al considerar, por una parte la imposibilidad material de llegar de forma responsable a todos los escolares de cada colegio o instituto, y por otra la necesidad de obtener enseñanzas a partir de experiencias controladas para que la repetición y extensión de las mismas en los sucesivos cursos a más escolares sea más eficaz; d) el centro de interés elegido en los escolares de EGB es la higiene bucodental y el cepillado de dientes^{34, 35}. En 2.^o de BUP es el ejercicio físico. También se trabaja sobre el contexto higiénico del Centro Escolar como dimensión colectiva de la salud. En una de las reuniones de trabajo sobre la programación contamos con la presencia de Miguel Costa³⁶; e) se procedió a la obtención del material didáctico, que provino, fundamentalmente, del Ministerio de Sanidad en Madrid y de la Consejería de Sanidad de Navarra, todo ello cedido gratuitamente; f) la programación se estructuró en siete sesiones a lo largo de enero, febrero y marzo de 1991, una sesión semanal con los alumnos con otras actividades para el resto de la semana y, g) se constituye un Seminario de periodicidad quincenal para el seguimiento de la experiencia, compuesto por todos los participantes.

Al tratarse de un programa para la mejora de hábitos higiénicos escolares, resultan inevitables algunas reflexiones sobre la formación de hábitos como teoría educativa³⁷. A este respecto se pueden identificar en nuestra actividad elementos de las diferentes corrientes en teoría del aprendizaje³⁸, seguramente por estar presentes en la vida diaria de las personas y en casi todos los materiales didácticos elaborados en nuestro país^{39, 40, 41, 42}. De todas formas en nuestra metodología predominan los procedimientos activos, participativos, así como el aprendizaje significativo.

3.^a) La tercera fase se dedica a la evaluación. En el mes de junio se presentan los primeros resultados en sendas reuniones de cada Consejo de Salud. Se elaboran tres informes con un total de 300 páginas. Simultáneamente, al considerar los interesados globalmente positiva la experiencia, se inician las actividades para la continuación de la misma en el curso 1991-92.

En la evaluación del proceso y del producto se utilizan metodologías cualitativas y cuantitativas, buscando la complementariedad entre las dos tendencias^{43,44}. Cuando nos encontramos con grandes masas de datos provenientes del estudio de hábitos higiénicos de tres encuestas a lo largo de dos años, con más de dos mil encuestados, donde unos han seguido el programa de educación sanitaria y otros no, constituyendo por eso grupos experimentales y control, no cabe duda que el método experimental de análisis cuantitativo es el más adecuado. Ahora bien, cuando la realidad social es más compleja, y se trata de comprender el comportamiento de los escolares, de los profesores, de los profesionales de la salud, estudiantes de medicina, profesores universitarios, y de las instituciones y personas en general, intentando captar el propio proceso en su globalidad, entonces lo más apropiado es el enfoque cualitativo.

Los datos del presente trabajo proceden de: a) Tres encuestas, la primera de 1990, una segunda al inicio de la experiencia y otra al final que se centraban, para 2.º de EGB, en los hábitos higiénicos bucodentales, la práctica del deporte y la conducta viaria; en 7.º de EGB se añadieron cuestiones sobre hábitos tóxicos y problemas de relaciones en clase; en 2.º de BUP y FP se incluyeron, además de las indica-

das, preguntas sobre conducta seguida en caso de tener problemas personales. Tras la prueba piloto, se administran a los escolares cuando estaban en clase con el profesor. Su análisis estadístico se realiza con el programa SPSS, con distribución de frecuencias, cruzamiento con ji-cuadrado y t de Student, aceptando significaciones de $p < 0,05$. b) Actas de los Consejos Escolares. c) Actas de los Consejos de Salud. d) Memorias de los Centros educativos. e) Memorias de los Centros de Salud. f) Registros y Protocolos de las observaciones sobre el desarrollo del programa.

III. RESULTADOS

En cuanto a higiene bucodental, en enseñanza primaria para ambas zonas, se pasa de un porcentaje de alumnos que dicen limpiarse los dientes tras cada comida (tres veces al día) del 31,2 % antes de la actividad, al 57,9 % ($p < 0.01$) después de la misma (Tablas 1 y 2; Figura 1). En un colegio donde la encuesta se pasó no a la semana de finalizar la actividad, sino a los dos meses, los porcentajes fueron de 47,4 %. En otro Centro, donde no eligieron el cepillado de dientes, sino el ejercicio físico para trabajar con los escolares, los porcentajes de higiene bucodental fueron del 22.7%.

TABLA 1

Influencia del módulo de educación sanitaria sobre los porcentajes del hábito del cepillado de dientes en 2.º y 7.º de EGB en seis colegios de la zona de La Nora (Rural)

	2.º E.G.B.			7.º E.G.B.				
	1990 N = 147	1991A N = 139	1991D N = 84	1990 N = 178	1991A N = 176	1991 N = 118	1991* N = 22	91** N = 38
Nunca	6,3	9,4	2,4	3,4	6,3	1,0	0,0	2,6
1/semana	14,7	10,1	4,8	15,3	16,9	1,0	13,6	7,9
1/día	21,0	28,1	19,0	40,7	36,3	25,0	54,5	31,6
2-3/día	39,9	37,4	56,0	24,3	25,0	66,7	22,7	47,4
Ns/Nc	18,2	15,1	17,9	16,4	15,6	6,3	9,1	10,5

1991A = Antes del módulo.

1991D = Después del Módulo.

1991* = Un grupo que realizó ejercicio físico en vez de higiene dental.

91** = Un grupo en que la encuesta se pasó dos meses después del módulo.

TABLA 2

Influencia del módulo de educación sanitaria sobre los porcentajes del hábito del cepillado de dientes en 2.º, 5.º y 7.º de EGB en tres colegios de la zona de Santa María de Gracia (Urbano)

	2.º E.G.B.			5.º E.G.B.*			7.º E.G.B.	
	1990 N = 194	1991A N = 158	1991D N = 94	1990 N = 224	1991A N = 20	1991D N = 20	1991A N = 65	1991D N = 100
Nunca	3,1	8,3	2,1	2,2	5,0	0,0	3,1	0,0
1/semana	13,5	14,1	8,5	2,7	20,0	0,0	9,2	3,2
1/día	28,0	32,7	21,3	40,6	35,0	10,0	44,6	54,2
2-3/día	39,9	24,4	51,1	45,5	15,0	75,0	30,8	40,3
Ns/Nc	15,5	20,5	17,0	8,9	25,0	15,0	12,3	11,3

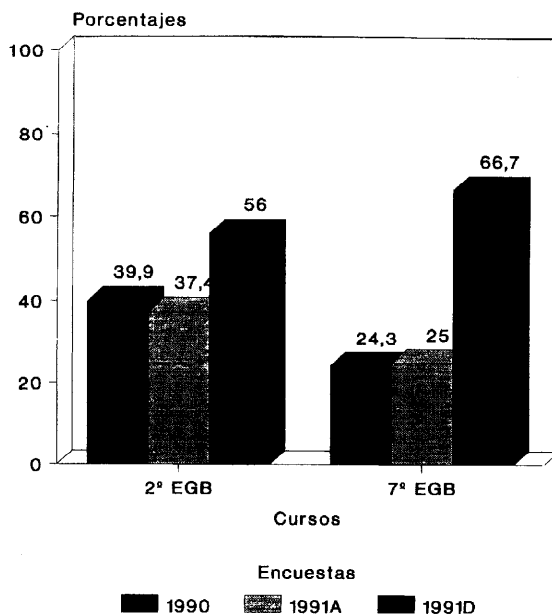
1991A = Antes del módulo.

1991D = Después del Módulo.

* = Los datos de 1990 corresponden a todos los escolares de 5.º de E.G.B. de los cuatro colegios de la zona. Los de 1991A y 1991D proceden exclusivamente de los de 5.º de E.G.B. de un colegio.

FIGURA 1

Se cepillan los dientes 2-3 veces al día



Datos globales La Ñora

En BUP, centrados en la práctica del deporte, globalmente se pasa del 58.8% antes del desarrollo del módulo (media de los resultados en los dos Institutos en los que se hizo el programa, los de 1990 y los de 1991 antes de la experiencia (N = 421)), a un 62,8 % justo después de la misma (N de la

experiencia = 97) ($p < 0.05$). Entre los alumnos de los dos Institutos que realizaron el programa, pero en el que ellos no participaron (verdadero grupo control) (N = 246), el porcentaje de práctica de deporte antes del módulo es del 58,3 %, y una vez terminado el mismo es del 56,3 % (Tabla 3, Figura 2).

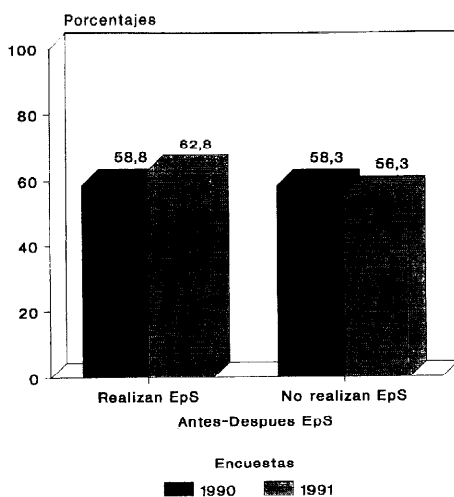
TABLA 3

Influencia del módulo de educación sanitaria sobre los porcentajes del hábito de ejercicio físico en 2.º de B.U.P. en la zona de Santa María de Gracia (Urbano)

	1990	1991 antes del módulo	1991 si realizaron el módulo	1991 No realizaron el módulo
FP	44,9 (N = 127)	—	—	54,5 (N = 204)
BUP	58,2 (N = 110)	64,5 (N = 110)	66,7 (N = 36)	55,1 (N = 99)
	56,2 (N = 201)		60,6 (N = 61)	57,2 (N = 147)

FIGURA 2

Si realizan ejercicio físico



Medias institutos y años 1990 y 91.

En 2.º de EGB, en la zona urbana, para algunos de los hábitos higiénicos no trabajados durante el módulo, los resultados son para lavarse el pelo más de una vez a la semana, de un 26,4 % antes de la actividad (1990) frente al 20,7 % (1991) tras la misma en zona urbana, siendo un 21,8 % antes (1990) y un 26,5 % después en la rural. En 7.º de E.G.B. se lavan el pelo más de una vez a la semana un 59,2 % antes y un 65,7 % después en medio urbano y un 70,8 % y 73,6 en zona rural respectivamente. El contacto con el tabaco es del 12,2 % (1990) y el 19,4 % (1991) (urbano) y el 26,4 % (1990) y 35,15 % (1991) respectivamente. El contacto con el alcohol es del 52,9 % y 63,3 % (urbano) y 81,3 % y 70,2 % (rural) respectivamente. Dicen no querer sentarse con algún compañero un 49,3 % en 1990 y un 36,4 % en 1991 (urbano), frente a un 38,3% y 42,2% en medio rural (Tabla 4).

En 2.º de BUP (con edades entre 15 y 17 años) se obtienen unas cifras de fumadores del 29,4 % entre los que no realizaron el programa (N = 557, media para los dos Institutos de B.U.P. de 1990 y los que no realizaron la actividad) y un 26,8 % para los que si lo hicieron (N = 97). El 17,7% han fumado alguna vez porros (entre los que no participaron), frente al 15,4 % (que si participaron). De la misma forma, en la encuesta de 1990 dicen no acudir a nadie cuanto tienen problemas o no contestan (N = 311) el 16,3%, y en 1991 (N = 343) es del 22,7 %. En 2.º de 2.º grado de FP (con edades entre 18 y 23 años), donde no realizaron actividad, las cifras de 1990 y 1991 para fumadores fueron de 40,9 % y 41,2 % y para haber fumado alguna vez porros de 34,8 % y 35,5 %. En este caso dicen no acudir a nadie cuando tienen problemas o no contestan el 26,6 % (1990) frente al 29,4% (en 1991) (Tabla 5).

TABLA 4

Evolución en los porcentajes de algunos hábitos que no fueron objeto de educación sanitaria, en 2.º y 7.º de EGB en zona urbana y rural

HABITOS	2.º E.G.B.				7.º E.G.B.			
	URBANO		RURAL		URBANO		RURAL	
	1990 N = 194	1991 N = 94	1990 N = 147	1991 N = 84	1990* N = 224	1991 N = 100	1990 N = 178	1991 N = 179
Ducha diaria	17,0	11,0	12,0	22,0	14,8	23,0	6,0	7,7
Lavar pelo + 1/semana	26,4	20,7	21,8	26,5	59,2	65,7	70,8	73,6
Cambio ropa int./día	60,1	52,1	59,4	62,7	61,0	56,1	48,6	66,9
Si mira cruzar calle	79,3	83,0	84,6	91,7	88,8	76,0	71,9	83,7
Si hace deporte	91,7	92,6	95,3	85,0	89,2	91,0	83,1	85,4
No va a nadie si problema	8,8	5,5	—	3,6	6,7	12,0	—	15,3
Acuesta antes 10	—	—	—	—	27,2	19,0	27,8	28,8
Si tabaco 1 vez	—	—	—	—	9,5	11,2	18,5	20,7
Si tabaco + 1 vez	—	—	—	—	2,7	8,2	7,9	14,4
Contacto con alcohol	—	—	—	—	52,9	63,3	81,3	70,2
No querer sentarse con alguien	—	—	—	—	49,3	36,4	38,3	42,2

* = 5.º de E.G.B.

TABLA 5

Evolución en los porcentajes de algunos hábitos que no fueron objeto de educación sanitaria en 2.º de BUP y 2.º de segundo grado de FP en tres institutos de zona urbana

HABITOS	FP		BUP		
	1990 N = 127	1991NO N = 204	1990 N = 311	1991NO N = 246	1991SI N = 97
Se cepillan dientes 2-3/día	62,2	56,9	40,8	51,2	45,3
Lavan pelo + 1/vez semana	91,3	89,2	89,3	91,4	85,5
Casi nunca ven TV	49,6	43,3	27,0	20,7	19,5
Deporte 2-3 veces semana	44,8	54,6	64,3	56,9	58,7
Fuman	40,9	41,2	28,9	29,6	26,8
Han fumado alguna vez porros	34,8	35,5	20,9	13,8	15,4
No consultan con nadie dudas sobre sexo	26,6	29,4	16,3	22,7	
No acuden a nadie o N/C cuando tienen problemas	20,0	20,1	10,9	16,0	

Han trabajado en el desarrollo del programa de Educación Sanitaria 9 Centros de EGB (de 10 posibles, pues uno de ellos disponía de programa propio) y 2 Institutos de BUP (de 3 posibles). El número de profesores participantes en la actividad programada es de 37 de EGB y 7 de EEMM.

Han participado unos 250 padres de alumnos a través de 10 reuniones de padres de aulas participantes, 7 Consejos escolares y 22 Consejos de Salud.

Se realizaron 66 reuniones diversas en la zona de La Ñora, y 40 en la de Sta. M.^a de Gracia, con presencia de profesionales de los EAP de los correspondientes Centros de Salud para tratar distintos aspectos de la puesta en marcha del programa. Para la zona de La Ñora se llevaron a cabo 12 reuniones de Consejo de Salud, 9 del EAP, 1 con un Consejo Escolar, 8 con padres, 5 en Seminarios de EdPS en la Facultad de Medicina, 29 con profesores y directores de centros educativos, 1 con estudiantes de medicina y 1 de Claustro de profesores. Para la zona de Sta. M.^a de Gracia las reuniones en las que participaron miembros del EAP fueron 10 en Consejos de Salud, 2 de EAP, 6 en Consejos Escolares, 1 con padres, las 5 del Seminario de la Facultad de

Medicina, y 16 con profesores y directores de centros educativos (Tabla 6). En el CS de La Ñora tomaron parte en algunas de las tareas del programa 6 de los 8 médicos, 6 de los 8 enfermeros, la Trabajadora Social y 1 auxiliar, mientras que del CS de Santa María de Gracia lo hicieron solo 1 médico de los 8 existentes, 4 enfermeros de 8, la Trabajadora Social y 1 auxiliar (Figura 3).

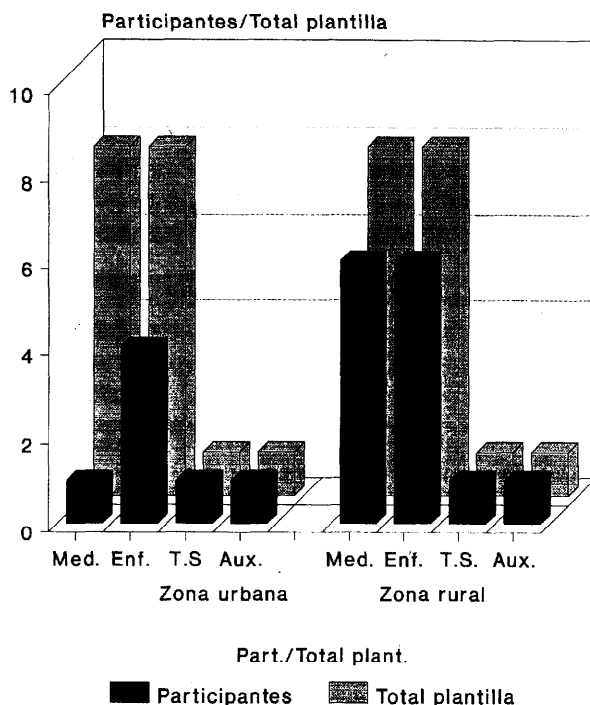
TABLA 6

Número de reuniones diversas desarrolladas con motivo de la actividad, en las que han participado profesionales de los equipos de atención primaria

	Sta M. ^a de Gracia (Urbano)	La Ñora (Rural)
Consejos de salud	10	12
EAP	2	9
Consejos Escolares	6	1
Padres	1	8
Seminarios en la Facultad de Medicina	5	5
Profesores y directores de Centros	16	29
Con estudiantes de Medicina	—	1
Claustros de profesores	—	1
Total reuniones diversas	40	66

FIGURA 3

Personal sanitario participante



IV. DISCUSION

Aparecen diferencias en los resultados obtenidos en primaria y secundaria. En los primeros, centrados en higiene bucodental, el resultado fue significativo en ambas zonas mejorando la conducta de limpiarse los dientes tras cada comida (del 31,2 % a otro de 57,9 % (p)). En BUP, centrados en la práctica del deporte, no se aprecian resultados globales tan claros, quizás por ser ya alto el porcentaje que lo realizaban inicialmente (más de la mitad), aunque el pequeño incremento parece consistente.

No se cumplieron las esperables consecuencias favorables sobre otras conductas relacionadas (frecuencia en el aseo personal, tendencias hacia los hábitos nocivos como fumar o beber en BUP). Parece como si fue-

sen los hábitos conductas autónomas y compartimentadas, poco influibles entre sí. Además, pudimos comprobar como en un colegio donde la encuesta se pasó, no a la semana, sino a los dos meses de finalizar la actividad los porcentajes en el cepillado de dientes ya habían descendido con respecto a los resultados inmediatos (aunque se mantenían en niveles significativos), indicando este dato la conveniencia de un reforzamiento periódico de los hábitos adquiridos.

Es necesario señalar, también, las dificultades encontradas en alguna parte del profesorado para involucrarse en la actividad. Una razón puede ser el hecho de que hasta el momento, la Educación para la Salud haya estado ausente de las Escuelas de Magisterio o Facultades correspondientes, así como de los currícula a impartir a los escolares, de ahí

que nos alegremos de su reciente incorporación. Por otro lado esta actividad incide en el difícil campo de las conductas y adquisición de hábitos, dando a entender que el acercamiento didáctico tradicional no es el adecuado, sino el interdisciplinar, activo y participativo.

También reconocemos lo difícil que ha sido involucrar a los padres de los alumnos, para que desempeñasen un papel consciente y coordinado a lo largo de la actividad. Seguramente este objetivo requiere más esfuerzos y dedicación de lo que nosotros fuimos capaces de ofrecer.

Creemos que entre algunos de los profesionales de la salud la actividad se vió, al principio, como algo al margen de sus tareas, siendo comprensible esta postura al no estar, en aquel momento, reconocida ni incentivada por la jerarquía del Insalud, percibiendo como el primer efecto de la misma no era sino recargar un horario ya de por sí agobiante.

De todas formas la participación de los profesionales sanitarios fue importante si tenemos en cuenta que, para tratar distintos aspectos de la puesta en marcha del programa, se realizaron 66 reuniones diversas en la zona de La Ñora, y 40 en la de Sta. M.^a de Gracia, existiendo de todas formas algunas diferencias entre ambos centros de salud en cuanto a la involucración de sus diferentes profesionales.

Se estima, en general, por los profesionales sanitarios que la experiencia ha sido positiva, asumiendo su continuidad para este curso el EAP del Centro de Salud de La Ñora, aunque no así el de Sta. M.^a de Gracia, en el que solo un médico continúa. Una cuestión clave en este aspecto es el debate sobre la conveniencia de intentar cubrir y responsabilizarse el CS con todos los colegios de la zona de cobertura, o limitarse a uno solamente, así como la ubicación de la EpS entre las prioridades del EAP a la vista de los recursos disponibles. Por todo ello es de felicitar el alto interés, en la actualidad, de ambos ministerios por el tema.

De esta forma podemos concluir que el desarrollo del programa educativo ha sido positivo en el objetivo de aumentar los hábitos higiénicos. La eficacia fue mayor en los alumnos de EGB (higiene bucodental) que entre los de BUP (práctica de ejercicio físico). No se produjo irradiación de la mejora de estos hábitos a otras conductas que no fueron objeto de actividad específica.

Se produjo un acercamiento y colaboración creciente entre los profesores de los centros educativos y los profesionales de los Centros de Salud. Fruto de esta mejor situación ha sido la aprobación y puesta en marcha para este año de experiencias similares con la colaboración, asimismo, de estudiantes de medicina, a los que se han añadido este año estudiantes de enfermería.

El desarrollo de la experiencia en un contexto no totalmente propicio, debido a la ausencia en su momento de un claro respaldo institucional, así como a las dinámicas de trabajo excesivo de los centros de salud y centros educativos, ha producido el que tanto entre el colectivo de los profesores como, sobre todo, en el de los profesionales de salud, al menos en uno de los centros de salud, se den abandonos. Parece imprescindible el que por parte de la administración se preste no solamente apoyo oficial sino también los recursos materiales necesarios.

Por último concluimos que la experiencia desarrollada permite su incorporación a las orientaciones del DCB además de mostrar la necesidad de colaboración entre los profesionales de los EAP de los Centros de Salud y los profesores de los centros educativos, no solo sobre las materias conceptuales (qué se piensa sobre alimentación, higiene corporal, hábitos, etc.) sino fundamentalmente sobre el conocimiento de la peculiaridad de los perfiles (y carencias) higiénicos de los niños y adolescentes de la zona. Es crucial el papel desempeñado por el Consejo de Salud como órgano de integración de colectivos y de canalización de necesidades sociales.

BIBLIOGRAFIA

1. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Resolución de 23 de noviembre de 1988 relativa a la educación para la salud en la escuela.
2. International Union for Health Education. Abstracts de la XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud; Helsinki, 16-21 de junio de 1991. Helsinki: Finnish Council for Health Education. 1991.
3. Union Internacional de Educacion Sanitaria (Europa). Actas de la I Conferencia Europea de Educación para la Salud; Madrid, 25-27 de marzo de 1987. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
4. Loevinson BP. Health Education Interventions in Developing Countries. A Methodological Review of Published Articles. *Int J Epidemiol* 1990; 19: 788-794.
5. Bartlett E. Contribución de la Educación Sanitaria Escolar a la Promoción de la Salud Comunitaria: ¿Que se puede esperar razonablemente? *Am J Public Health* 1981, 71. En *Tendencias actuales en Educación Sanitaria (Compilación)*. Barcelona: Centre d'anàlisi i programes sanitaris, 1987: 195-214.
6. Zabala Erdozain J. La Educación para la salud en los textos de enseñanza primaria (1940-1985). Valencia: Consejería de Sanidad y Consumo, 1990.
7. Cleary MJ. School Health Education and National Curriculum: One Disconcerting Scenario. *J Sch Health* 1991, 61:355-358.
8. Combes, G. The Ideology of Health Education in Schools. *Br J Sociol Education* 1989; 10: 67-81.
9. López Fernandez B; Moreno Abril, O; Dios Luna, J de y Galvez Vargas, R. Contenidos sanitarios de los programas de Educación Escolar. *Atención Primaria* 1990; 7: 174-180.
10. Epstein R Rice P Wallace P. Teenager's health concerns: implications for primary health care professionals. *J R Coll Gen Practitioners* 1989; 39: 247-249.
11. Gadea i Carrera A, Hernandez i Vidal N Jaumandreu i Partxot J, Palacios i Patxot J, Tort i Bardolet J. Los maestros ante la Educación para la Salud. I Conferencia Europea de Educación para la Salud; 25-27 de marzo de 1987; Madrid, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988: 531-538.
12. García Jimenez MT y Lopez Nomdedeu C. Opiniones actitudes del profesorado de enseñanzas no universitarias ante la inmediata introducción de la Educación para la Salud en sus programas oficiales. Sugerencias para su implantación progresiva. XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud; 16-21 de junio de 1991. Helsinki, Helsinki: Finnish for Health Education, 1991: 136.
13. Ministerio de Educación y Ciencia. Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo. Madrid: MEC, 1989.
14. Ministerio de Educación y Ciencia. Diseño curricular Base (Educación infantil). Madrid: MEC, 1989.
15. Ministerio de Educación y Ciencia. Diseño curricular Base (Educación primaria). Madrid: MEC, 1989.
16. Ministerio de Educación y Ciencia. Diseño curricular Base (Educación secundaria I y II). Madrid: MEC, 1989.
17. Ministerio de Educación y Ciencia. Plan de investigación educativa y de formación del profesorado. Madrid, MEC, 1989.
18. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1006/1991, de 14 de junio, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a Educación primaria. BOE del 26 de junio de 1991.
19. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1007/1991, de 14 de junio, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. BOE de 26 de junio de 1991.
20. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1330/1991, de 6 de septiembre, por el que se establecen los aspectos básicos del currículo de la Educación Infantil. BOE de 7 de septiembre de 1991.
21. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1333/1991 de 6 de septiembre, por el que se

- establece el currículo de la Educación Infantil en el área de gestión del MEC. BOE de 9 de septiembre de 1991.
22. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1344/1991 de 6 de septiembre por el que se establece el currículo de la Educación Primaria. BOE del 13 de septiembre de 1991.
 23. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1345/1991 de 6 de septiembre por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria. BOE del 13 de septiembre de 1991.
 24. Ruano Casado L, Aparicio Ramón DV, Fernández Garrido J.J, Merelles Tormo A, Sánchez García AM, Pont Martínez J. Educación para la Salud en la Escuela. Rol de Enfermería 1991; 158: 71-75.
 25. Sánchez Moreno A, Barco Fernández V, Castillo Vicente, P Sánchez Estevez V, Cánovas Valverde J y Marsset Campos P. Conocer los hábitos higiénicos de los escolares, cauce de colaboración ciudadana en salud. Atenc Prim 1992; 9: 24-28.
 26. Escudero Muñoz JM. La investigación-acción en el panorama actual de la investigación educativa. Algunas tendencias. Innovación e investigación educativa 1987; 3: 5-39.
 27. Lather P. Research as Praxis. Harvard Educational Rev 1986; 56: 257-277.
 28. House ER. Tres perspectivas de la innovación educativa: tecnológica, política y cultural. Rev Educación 1988; 286: 5-34.
 29. López de Ceballos P. Un método para la Investigación Acción participativa. Madrid: Popular, 1989.
 30. Ministerio de Educación y Ciencia. Programas para fomentar la educación para la salud en centros escolares. Comunidad escolar; 7 de junio de 1989: 13.
 31. Ministerio de Educación y Ciencia. Mas de 50.000 escolares realizan actividades de promoción de la salud. Comunidad escolar; 23 de octubre de 1991: 9.
 32. Organización Mundial de la Salud. The Edimburgh Declaration. 12 de agosto de 1988. OMS, 1989.
 33. International Union for Health Education Europe. Health Education in Medical Education. II Workshop at the University of Perugia, Italy. March 1991.
 34. Sánchez Estevez V, Nieves Gonzalez G, Saiz Carboneras C, Fernández Saura MR. Insuficiencias y logros en el programa de control del niño sano. Comunicación al Primer Congreso de Atención Primaria de Salud. Murcia, 22-23 de febrero de 1991. CAPS, 1991.
 35. Navarro Alonso J.A. Encuesta de salud bucodental en escolares de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad, 1990.
 36. Costa M, y López E. La salud de la boca. Consejos prácticos para ayudar a los niños a tener la boca y los dientes limpios y sanos. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1987.
 37. Escamez Sánchez J. La formación de hábitos como teoría educativa. Murcia: Límite, 1984.
 38. Costa M, Benito A, González J.L, López E. La Educación para la Salud. Aportaciones de la psicología de la salud. Jano 1989; 36: 65-73.
 39. Consejería de Sanidad de Asturias. Caries dental. Proyecto pedagógico para su prevención en la escuela. Oviedo: Servicio Central de publicaciones del Principado de Asturias, 1986.
 40. Consejería de Sanidad de Cantabria. Prevención de la caries dental. Cuaderno de Educación para la Salud n.º 2. Consejería de Sanidad; Diputación General de Cantabria, 1987.
 41. Departamento de Sanidad y Consumo de Euskadi. Programa de salud bucodental. Gufa del educador (ciclo inicial). Vitoria: Gobierno Vasco, 1989.
 42. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Nuestros dientes (Ciclo inicial). Salud bucodental. Programa de Salud Escolar Vol. II. Pamplona: Gobierno de Navarra, 1987.
 43. Cook, TD; Reichardt, Ch.S. Métodos cuantitativos y cualitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata, 1986.
 44. Briziarelli, L. La evaluación en Educación Sanitaria. Educación Sanitaria de medicina preventiva 1986; 9: 4.