



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y de la Salud

Enfermería en la Comunidad Escolar: Una
Aproximación Evaluativa en Educación para la
Salud en la Infancia

Autor

D. Daniel Guillén Martínez

Directores

Dra. Dña. Isabel Morales Moreno

Dr. D. Serafín Balanza Galindo

Murcia, mayo de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y de la Salud

Enfermería en la Comunidad Escolar: Una
Aproximación Evaluativa en Educación para la
Salud en la Infancia

Autor

D. Daniel Guillén Martínez

Directores

Dra. Dña. Isabel Morales Moreno

Dr. D. Serafín Balanza Galindo

Murcia, mayo de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

La Dra. Dña. Isabel Morales Moreno y el Dr. D. Serafín Balanza Galindo como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Enfermería en la Comunidad Escolar: Una Aproximación Evaluativa en Educación para la Salud en la Infancia” realizada por D. Daniel Guillén Martínez en el Departamento de Enfermería, **autorizan su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firman, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011, 1393/2007, 56/2005 Y 778/98, en Murcia a 31 de mayo de 2017.

Dra. Dña. Isabel Morales Moreno

34828663Q

Dr. D. Serafín Balanza Galindo

22913201A

UCAM



EIDUCAM
Escuela Internacional
de Doctorado

RESUMEN

La Educación para la Salud, constituye una herramienta esencial para informar, motivar y ayudar a la población a mantener estilos de vida saludables que le lleven a elevar su salud a un nivel óptimo en todas las esferas del ser humano y así, otorgarle una destacada libertad dentro de su entorno.

La escuela se entiende como el escenario socializador prioritario, donde confluyen los principales protagonistas que van a estar implicados en el desarrollo de hábitos y comportamientos saludables de los futuros integrantes de nuestra sociedad, por ello, en las estrategias a nivel Mundial se considera sumamente importante incluir conocimientos de salud en las materias que se imparten en los colegios desde edades tempranas, con el fin de incorporarlos a su vida de un modo natural y efectivo. De este modo, se espera que generen los mejores resultados de salud en los individuos. En el entorno escolar se establecen relaciones integrales con todos los miembros de la comunidad, en ella, se puede implicar a los sectores familiares, sociales y sanitarios, con el fin de establecer un ambiente seguro y sano.

Por otro lado, el profesional de enfermería posee dentro de sus competencias, una función de Educación y Promoción de la Salud, la cual, debe ser incorporada a nivel comunitario. Uno de los entornos en los que su actividad educativa puede desarrollar mejores resultados de salud, es el entorno escolar. Debido a que tanto el entorno sanitario como el educativo poseen intereses comunes a favor de la promoción de la salud, el profesional de enfermería ocupa un importante papel como agente de la salud en el entorno escolar.

En este trabajo pretendimos analizar la eficacia que ejerce la Educación para la Salud impartida por un profesional de enfermería, en los conocimientos de Salud de alumnos del último tramo de Educación Primaria de la ciudad de Murcia.

La metodología utilizada fue cuantitativa y el diseño de investigación se definió como un estudio experimental controlado de corte longitudinal y prospectivo; comprendió una primera fase de aproximación al entorno de forma descriptiva, previa a la intervención; una segunda fase de intervención; una tercera fase de análisis tras la intervención y una fase final analítica-comparativa entre los conocimientos de los sujetos del grupo control, adscrito al Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia frente a los del grupo experimental,

no adscrito a dicho plan y que recibió los conocimientos de salud impartidos por un profesional de enfermería.

De los resultados obtenidos podemos indicar que los alumnos del grupo experimental partían de unos conocimientos de salud inferiores a los del grupo control. Tras nuestra intervención los conocimientos de salud del grupo experimental se vieron incrementados de un modo extraordinario, superando los conocimientos del grupo control. Entre el incremento analizado, podemos destacar el referente a los conocimientos sobre prevención de accidentes y primeros auxilios.

La literatura relacionada con la temática del estudio es escasa y pone de manifiesto que el profesorado se encuentra diversas barreras para llevar a cabo esta función educativa dentro del planteamiento transversal que indica nuestra actual Ley de Educación

Como conclusión de este trabajo podemos afirmar que la intervención de EpS impartida por un profesional de enfermería mejora los conocimientos en los temas de salud seleccionados en los alumnos del último tramo de Educación Primaria en la ciudad de Murcia. Esos magníficos resultados ponen de manifiesto el éxito del diseño e implementación de nuestra intervención, lo que plantea la necesidad de introducir este tipo de profesional para promocionar y educar en salud a todos los miembros de la comunidad educativa.

Descriptores: educación en salud, enfermera, escuela, infancia, promoción de la salud.

ABSTRACT

Health Education is an essential tool for informing, motivating and helping the population to maintain healthy lifestyles, which can raise their health to an optimal level in all spheres of the human being and thus give them an outstanding freedom within their environment.

The school is understood as the imperative socializing place, where the main protagonists involved in the development of habits and healthy behaviours of the future members of our society converge. Therefore, in the global strategies it is considered extremely important to include knowledge of health in the subjects that are taught in the schools from early ages, in order to incorporate them into your life in a natural and effective way. In this way, they are expected to generate the best health outcomes in individuals. In the school environment, integral relationships are established with all members of the community, in which the family, social and health sectors can be involved, in order to establish a safe and healthy environment.

On the other hand, the nursing professional has within its competences, a function of Education and Health Promotion, which, must be incorporated at the community level. One of the environments in which their educational activity can develop better health outcomes is the school environment. Because both the health and educational environment have common interests in favour of health promotion, the nursing professional plays an important role as a health agent in the school environment.

In this paper we intend to analyse the efficacy of Health Education given by a nursing professional in the Health knowledge of students of the last section of Primary Education in the city of Murcia.

The methodology used was quantitative and the research design was defined as a controlled, longitudinal and prospective experimental study. It was formed by a first phase of approach to the environment in a descriptive way, prior to the intervention; A second phase of intervention; A third phase of analysis after the intervention and an analytical-comparative final phase between the knowledge of the subjects of the control group, attached to the Plan of Education for Health in the School of the Region of Murcia compared to those of the experimental group,

not attached to that plan and that received the knowledge of health given by a professional of nursing.

From the results we can indicate that students in the experimental group started from a health knowledge inferior to those of the control group. After our intervention the health knowledge of the experimental group was increased in an extraordinary way, surpassing the knowledge of the control group. Among the increment analysed, we highlight the knowledge regarding accident prevention and first aid.

The literature related to the subject of the study is poor and shows that teachers have several barriers to carry out this educational function within the cross-curricular approach proposed by our current Education Law.

As a conclusion of this work we can affirm that the intervention of Health Education provided by a nursing professional improves the knowledge on the health topics selected in the students of the last section of Primary Education in the city of Murcia. These great results demonstrate the success of the design and implementation of our intervention, which raises the need to introduce this type of professional to promote and educate in health to all members of the educational community.

Key words: Health Education, nurse, school, childhood, Health Promotion.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de toda una vida, una persona debe tomar muchas decisiones, que le irán mostrándole el camino de la elección elegida. En mi caso, tras la formación de Bachillerato consideré que el mundo de los seres vivos y su entorno se presentaban como algo muy llamativo y que generaba en mí cierta curiosidad “verniana”. Tras los años empleados en descubrir mi supuesta “vocación” en ese mundo microscópico-ambiental, y después de muchísimas frustraciones y fracasos, la enfermería apareció en mi vida de un modo inesperado.

Esa aparición no pudo ser fortuita, estoy seguro que tuvo que suceder por algún motivo situado por encima del entendimiento terrenal. Gracias a esta Universidad, empecé a descubrir un nuevo mundo macroscópico y humano, donde el concepto “cuidado” generaba en mí otro punto de vista de nuestro entorno. La esencia que desprendían las asignaturas, sus profesores y las prácticas; humanizaron mi modo comprender todo el sufrimiento que nos rodea, pero a la vez me cercioraron que ésta era una vocación latente de la que ni yo mismo había sido consciente. La enfermería consiguió visibilizar en mí aquellas virtudes que se detectan al tratar con las personas, pero que no destacan en la soledad.

De un modo algo prematuro, entré a formar parte del claustro de profesores de esta Facultad, de la mano de Paloma a la que tengo que agradecer la confianza que deposita en mí y que me demuestra todos los días. Junto a ella, en la “cúpula”, se encuentra “la López”, donde su cariño, cercanía y amistad es directamente proporcional al volumen de sus gritos en su despacho cuando te llama al orden, pero que te ofrece la ayuda exacta y necesaria con la mayor efectividad posible.

Además de ellas, que nos guían dentro de la Facultad; en éste, mi claustro; he encontrado unos amigos y compañeros que consiguen que “ir a trabajar” se presente como una actividad en la que además, se establecen relaciones personales que perdurarán toda la vida, porque ellos forman parte de ella. Hablo de los Joses, de Ana y nuestros “business”, de Carmen, de Diana, de Eloína, de las “psicólogas”, de mi Paqui y de mi Adriana, de mi Sole y de mi Talegría, de los del Pabellón 7, de las “básicas” y el “básico”, “el súper equipo de Simulación Clínica” con José Luis al frente; y cómo no, mis compañeros y amigos de Palo Alto, Aarón y Lola, que hacen que la rutina del día a día se transforme, con el primer café del día; en

debates, confesiones y “marujeos” de cualquier índole. A todos, MUCHAS GRACIAS POR ESTAR.

También, y especialmente en esta última etapa de redacción de la Tesis, tengo que agradecer la “retórica discusión” que he llevado con Joaquín en estas semanas. Joaquín, es una de esas personas que sorprenden cuando las conoces en profundidad, que valen mucho más de lo que su humildad les dejar ver y que en estos retoques finales, he podido descubrir. Muchas gracias por todo el sufrimiento compartido y por los manjares que hemos disfrutado juntos en los Olvidos.

También tengo que agradecer a dos personas muy eficientes a la hora de ayudarme en un punto determinado de la Tesis, ellas son Ana y Lola. Gracias.

En los comienzos de esta etapa docente y siguiendo la premisa de que todo sucede por algo, formé parte de la asignatura de Comunitaria. Isabel, su coordinadora, me introdujo en este mundo “familiar y comunitario” durante la carrera y en él me encontraba seguro y confiado (algo de culpa también tuvo mi tutor de prácticas, José Luis en ello).

En ese momento, ni me podía imaginar lo que Isabel y la Comunitaria significarían para mí. Poco después, Isabel asumió el rol de amiga, consejera y directora de TFM; y los fue añadiendo al de compañera de asignatura. Ella, Isabel me ha transmitido todo su conocimiento, tanto sobre la dinámica PDI, como en la personal, de modo que sus consejos me han convertido en el tipo de profesor y compañero que soy hoy.

En otra de las inquietudes que siempre rondan mi cabeza, apareció la enfermera escolar, un perfil de la enfermería, que aunque se presentaba como algo muy llamativo y valioso; al profundizar un poco, te dabas cuenta que en ese momento era algo irreal y no de este mundo.

Esa curiosidad me hizo conocer la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar y desde el primer momento sentí que todas aquellas ilusiones, se plasmaban en realidades y en enfermeras escolares españolas. Por aquello del oportunismo, me convertí en vocal de dicha sociedad científica y a partir de ese momento, un murciano formaba parte de otra familia llena de generosas personas. Blanca, Mar, Engracia, Carmen, Patricia y Silvia; juntos conseguiremos #uncoleunaenfermera, os lo aseguro.

Tras el crecimiento investigador de esos años, y siempre bajo el amparo de Isabel, llegó el momento de culminarlo con la Tesis Doctoral. Germinaron varias ideas que no terminaron de brotar, hasta que un día, decidimos que haríamos algo en la comunidad, que tuviera que ver con el entorno escolar y que todo el aprendizaje que había interiorizado durante ese tiempo, se viera plasmado en el trabajo más importante en la vida de un investigador, la TESIS.

Durante este trabajo he tenido la suerte de re-conocer a mis directores de nuevo; Isabel, en esta etapa me ha cuidado, si cabe, más que siempre, ha estado cuando la he necesitado y cuando no, siempre dirigiéndome con buenos consejos, e intentando que esta experiencia la disfrute como otra aventura más en mi vida, y que no te tropieces con lo que ella se tropezó en el pasado. Muchas gracias Isica, porque este trabajo es tan tuyo como mío. Este trabajo demuestra que “promocionar en salud, es fácil si sabes cómo”.

También he re-descubierto a Serafín, que aunque ya me había impartido clase como profesor; en este periodo doctoral se ha comportado como el perfecto aliado para llegar triunfales a la victoria, invirtiendo en mí más de lo que se puede esperar de cualquier director. Muchas gracias, porque sí ti, no lo hubiera conseguido.

De un modo muy especial, tengo que agradecer también toda la ayuda que me prestó el doctor Rogelio Martínez Abellán, porque, aunque al final no hayamos podido concluir unidos este trabajo, ha sido imprescindible en varias etapas del mismo. Estoy seguro que algún momento volveremos a trabajar en equipo para conseguir el objetivo deseado.

Para que esta Tesis llegue aquí hoy, también debo agradecer a todos los que lo han hecho posible: comenzaré con la Universidad por la labor que desempeña y por dejarme formar parte de este equipo “humano” de personas.

A la Consejería de Educación, en especial a D. Enrique Ujaldón, que me abrió las puertas de los colegios para poder comenzar este estudio. También a los directores de los centros escolares donde he desarrollado la investigación, Begoña, Patricio y Daniel; ellos junto con sus respectivos claustros de profesores han conseguido que me considere parte del equipo. Además tengo que agradecer a todos los niños y niñas de los colegios La Arboleda, Luis Costa y San José de Murcia, que hayan participado en el estudio, porque cada uno de los días que iba

al cole, me recibían con mucho entusiasmo y alegría; las cuales se contagiaban a todo el centro y se formaba una atmósfera de compromiso y satisfacción.

También tengo que agradecer algo de esta tesis al Colegio de Enfermería de la Región de Murcia, porque ellos confían y creen en esta propuesta tanto como yo, dándome la llave para comenzar esta andadura en la Región de Murcia.

Quiero hacer otro agradecimiento especial a las personas y organismos que me han facilitado el desempeño de este estudio, ofreciéndome documentos y obsequios para los niños. Se lo agradezco al Ayuntamiento de Murcia, en especial a Begoña; al Centro de Recursos de EpS de la Consejería de Sanidad, en especial a Fuensanta, Josefa y Adelaida; a José Manuel y Carolina por prestarme su proyecto de *Jacinto y sus amigos nos enseñan RCP*; a la UCAM, por proporcionarme material y obsequios para ayudarme a motivar a los alumnos; a la Clínica dental ARQUES y GILBEL, por proporcionarme muestras de dentífrico para entregar a los niños y de nuevo al Colegio de Enfermería de la Región de Murcia por los obsequios que también me entregó para los niños. En esta tesis también hay un trocito de todos ellos.

Al comienzo de estas líneas indicaba que toda persona tiene que tomar decisiones que le marcarán el resto de sus días, en mi caso, tengo que agradecer a mi familia, Gloria, Félix, Alfredo y Franci, la capacidad de saber qué decidir en cada momento trascendental de mi vida. En especial este agradecimiento va dirigido a mi madre, Gloria, porque ha sabido entendernos en cualquier situación y siempre ha buscado lo mejor para mis dos hermanos y para mí. Además, ella es una "todoterreno" que no ha encontrado barreras para darnos todo lo mejor que ha podido, incluso en los años de nuestra infancia, en los que aun estando nuestro padre Alfredo enfermo, conseguía que nuestra vida la viviéramos lo más normal posible, como cualquier otro niño, disfrutando de los momentos que su enfermedad le permitía y sin hacernos sufrir en los momentos que su salud le impedía ser el padre más cariñoso que jamás un niño pudiera desear.

Además, ahora a nuestro hijo Javier, le está transmitiendo esa alegría que le caracteriza y está mostrando, junto a sus tíos y Félix, que todavía tienen mucho amor y cariño que dar. Muchas gracias mamá.

Ella también me enseñó a saber elegir bien a mis amigos y puedo presumir de haber construido muy buenas amistades en cada una de las etapas de mi vida, desde los archeneros de la infancia, los cuales me ayudaron a forjar mi

personalidad, hasta los biólogos o enfermeros, que hicieron que esas nuevas etapas de independencia se familiarizaran, fraguando amistades que perdurarán toda nuestra vida. En especial, me gustaría agradecer a los componentes y allegados al "dúplex", porque ellos, además, me ayudaron a saber convivir en un entorno cuasifamiliar desde el primer momento. De todas estas etapas tengo que recordar a David, los Antonios, los Bolillos, Jasón, Darío, Luismi, Miguel Jesús, Tomás, M^a Teresa, Mariajo, María, Emilio, Goyo, Javi, Sergio, Jesús, David B., Mar, María, Ame, Pili, Juan Pablo, Alberto, Ramón, Sergio B., Antonio, Ginés, Rafa y Pablo. Ellos han ayudado que sea la persona que soy. Gracias.

La más especial de todos mis amigos es mi esposa, Eva, mi compañera, la persona que me entiende y que me quiere tal y como soy, con mis defectos y con mis virtudes. Ella es la persona que siempre se alegra de mis victorias sintiéndose muy orgullosa de mí; ella me lo ha dado todo, sin reservas y sin condiciones.

Eva es la persona más noble que he tenido oportunidad de conocer y que además ha conseguido ser la mejor madre para nuestro hijo Javier, el cual, se ha convertido en la persona más importante de nuestra vida, y que nunca imaginé que se pudiera querer tanto desde el primer día.

Gracias a Eva he conseguido terminar este trabajo, porque ha sufrido conmigo y se ha alegrado conmigo; ha entendido qué significa hacer una tesis a la perfección y me ha ayudado para que consiga acabar esta etapa de mi vida lo mejor posible. GRACIAS EVA, sé que tu mayor objetivo en la vida es ver a nuestro hijo y a mí, lo más felices que podamos y te aseguro que lo has conseguido. Has hecho que este último tramo se haga más fácil acercándome a Javi mediante notas de voz, fotos y videos; además, le has hecho entender con sólo tres años lo importante que somos para él, y que aunque haya estado muchísimo tiempo fuera de casa, tenga la certeza de que pienso en él y en todo lo que lo quiero. Gracias, gracias a los dos y gracias por llevar a nuestro segundo hijo en tu vientre, porque no se me ocurre dónde podría estar mejor en este momento.

Si mi madre hizo de mí, la persona que conocéis; los padres y hermana de Eva; Luis, María y Lucía, hicieron un extraordinario trabajo con ella; y es que todas las virtudes que posee Eva, son un reflejo de sus padres, los cuales, no contentos con ser los mejores padres del Mundo para ella; ahora están siendo los mejores abuelos con su nieto. Veo difícil que puedan existir unos abuelos que puedan ofrecer tanto cariño a una sola persona, transmitiéndole además, unos valores que se echan de menos en nuestra sociedad. Ellos llevan a un estado superlativo la

palabra generosidad acompañada de amor y eso se lo estaré agradecido toda mi vida. Gracias por todo.

Este trabajo de doctorado, lleva asociado mucho esfuerzo e ilusión, además tiene una recompensa especial, los niños y su salud. Con los resultados obtenidos, esperamos que en un futuro ellos puedan verse beneficiados, ya que el fin que desea alcanzar en máxima instancia es entender que los niños de hoy serán nuestros adultos de mañana, y que si crecer con una conciencia de salud en todas las esferas, serán capaces de ser mejores y más sanos.

He intentado plasmar en estas líneas lo agradecido que estoy en este momento a todos los que, de un modo u otro, lo habéis hecho posible.

MUCHAS GRACIAS A TODOS.

*“And in the end,
the love you take
is equal to the love you make”*

*(“Y al final,
el amor que recibes
es igual al amor que das”)*

“THE END”

THE BEATLES

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|--------|
| ÍNDICE DE TABLAS | XXV |
| ÍNDICE DE FIGURAS | XXXI |
| ÍNDICE DE ANEXOS | XXXV |
| GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS | XXXVII |
| I – INTRODUCCIÓN | 41 |
| II – OBJETIVOS | 47 |
| III – MARCO TEÓRICO | 51 |
| 3.1. LA SALUD Y SU INCLUSIÓN EN LOS ENTORNOS ESCOLARES | 53 |
| 3.1.1. El concepto de salud | 53 |
| 3.1.2. De la enfermedad y su curación, a la prevención | 55 |
| 3.1.3. La promoción de la salud | 59 |
| 3.1.4. La Educación para la Salud | 62 |
| 3.2. INCLUSIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL | 65 |
| 3.2.1. La escuela promotora de salud y la Educación para la Salud en la escuela | 65 |
| 3.2.2. Red de escuelas para la salud | 69 |
| 3.3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULO DE EDUCACIÓN PRIMARIA | 73 |
| 3.3.1. Política Educativa Española y la Salud Escolar en Educación Primaria | 73 |
| 3.4. PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGIÓN DE MURCIA 2005-2016 | 80 |
| 3.4.1. Objetivos y Estrategias de Intervención | 80 |
| 3.5. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMO IMPULSOR DE CONOCIMIENTOS EN SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR | 103 |
| 3.5.1. Definición y rol de la Enfermera Escolar | 105 |
| 3.5.1.1. Definiciones Internacionales | 105 |

| | |
|---|------------|
| 3.5.1.2. Definiciones Nacionales----- | 106 |
| 3.6. ROL DE LA ENFERMERA ESCOLAR----- | 108 |
| 3.6.1. Desarrollo actual de la figura de la Enfermera Escolar----- | 116 |
| 3.6.1.1. Ámbito internacional ----- | 116 |
| 3.6.1.2. Ámbito nacional ----- | 119 |
| 3.7. REALIDAD SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN ESPAÑA----- | 122 |
| 3.7.1. Datos de población ----- | 122 |
| 3.7.2. Aspectos sociodemográficos relacionados con la salud ----- | 123 |
| IV - MATERIAL Y MÉTODOS ----- | 131 |
| 4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN----- | 133 |
| 4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO, MUESTRA Y MUESTREO----- | 133 |
| 4.2.1. Población de estudio y criterios de inclusión/exclusión----- | 133 |
| 4.2.2. Muestra y técnicas de muestreo ----- | 134 |
| 4.3. TIEMPO Y LUGAR DE ESTUDIO ----- | 135 |
| 4.4. VARIABLES DEL ESTUDIO ----- | 135 |
| 4.5. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA Y DE EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN----- | 140 |
| 4.5.1. Test ----- | 140 |
| 4.5.2. Rúbrica ----- | 145 |
| 4.6. FASES DE LA INVESTIGACIÓN----- | 165 |
| 4.6.1. Primera fase: aproximación al entorno ----- | 165 |
| 4.6.2. Segunda fase: intervención ----- | 166 |
| 4.6.3. Tercera fase: análisis tras la intervención ----- | 167 |
| 4.6.4. Cuarta fase: tratamiento y análisis de datos----- | 167 |
| 4.7. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO ----- | 169 |
| 4.8. ASPECTOS ÉTICOS Y CONFIDENCIALIDAD ----- | 170 |
| V – RESULTADOS ----- | 171 |
| 5.1. ASPECTOS GENERALES----- | 173 |
| 5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES INDEPENDIENTES----- | 174 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.1. Aspectos sociodemográficos ----- | 174 |
| 5.3. CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN ----- | 178 |
| 5.3.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de alimentación ----- | 178 |
| 5.3.2. Análisis descriptivo del total del bloque de alimentación ----- | 178 |
| 5.3.3. Asociación entre los factores independientes y la alimentación ----- | 180 |
| 5.3.4. Análisis de la variabilidad del bloque de alimentación ----- | 184 |
| 5.4. CONOCIMIENTOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA ----- | 188 |
| 5.4.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de actividad física ----- | 188 |
| 5.4.2. Análisis descriptivo del total del bloque de actividad física ----- | 188 |
| 5.4.3. Análisis de los factores independientes y actividad física ----- | 189 |
| 5.4.4. Análisis de la variabilidad del bloque de actividad física ----- | 193 |
| 5.5. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD EMOCIONAL ----- | 197 |
| 5.5.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de salud emocional----- | 197 |
| 5.5.2. Análisis descriptivo de la dimensión autoestima ----- | 198 |
| 5.5.3. Análisis de los factores independientes y autoestima ----- | 199 |
| 5.5.4. Análisis de la variabilidad de la dimensión autoestima----- | 201 |
| 5.5.5. Análisis descriptivo de la dimensión control emocional----- | 203 |
| 5.5.6. Análisis de los factores independientes y control emocional ----- | 204 |
| 5.5.7. Análisis de la variabilidad de la dimensión control emocional ----- | 206 |
| 5.5.8. Análisis descriptivo de la dimensión comunicación ----- | 209 |
| 5.5.9. Análisis de los factores independientes y comunicación----- | 210 |
| 5.5.10. Análisis de la variabilidad de la dimensión comunicación ----- | 212 |
| 5.5.11. Análisis de la variabilidad del bloque salud emocional ----- | 214 |
| 5.6. CONOCIMIENTOS SOBRE ADICCIONES ----- | 218 |
| 5.6.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de adicciones ----- | 218 |
| 5.6.2. Análisis descriptivo de la dimensión Alcohol ----- | 219 |
| 5.6.3. Análisis de los factores independientes y alcohol ----- | 220 |
| 5.6.4. Análisis de la variabilidad de la dimensión alcohol----- | 223 |
| 5.6.5. Análisis descriptivo de la dimensión tabaco ----- | 225 |

| | |
|--|------------|
| 5.6.6. Análisis de los factores independientes y tabaco ----- | 226 |
| 5.6.7. Análisis de la variabilidad de la dimensión tabaco----- | 230 |
| 5.6.8. Análisis descriptivo de la dimensión Drogas ----- | 232 |
| 5.6.9. Análisis de los factores independientes y drogas ----- | 233 |
| 5.6.10. Análisis de la variabilidad de la dimensión drogas----- | 235 |
| 5.6.11. Análisis de la variabilidad del bloque adicciones ----- | 237 |
| 5.7. CONOCIMIENTOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS ----- | 241 |
| 5.7.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de primeros auxilios ----- | 241 |
| 5.7.2. Análisis descriptivo del bloque primeros auxilios----- | 242 |
| 5.7.3. Análisis de los factores independientes y conocimientos en primeros auxilios ----- | 243 |
| 5.7.4. Análisis de la variabilidad del bloque de primeros auxilios ----- | 246 |
| VI – DISCUSIÓN ----- | 251 |
| DESCRIPCIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ----- | 253 |
| IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN----- | 256 |
| DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN----- | 259 |
| EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN ----- | 261 |
| COMPARATIVA CON EL GRUPO CONTROL----- | 261 |
| LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ----- | 262 |
| VII - CONCLUSIONES ----- | 265 |
| VIII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ----- | 269 |
| IX - ANEXOS----- | 283 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Trayectoria y aportaciones que han ido conformando el concepto de salud ----- | 54 |
| Tabla 2. Determinantes de la Salud de Lalonde ----- | 58 |
| Tabla 3. Líneas estratégicas y principios básicos de la Promoción de la salud --- | 60 |
| Tabla 4. Contenidos del Bloque 3: la salud y el desarrollo personal, en el currículo de Educación Primaria según la LOGSE (BOE, 1990a) - | 75 |
| Tabla 5. La EpS en el ámbito escolar. Currículo de Educación Primaria ----- | 79 |
| Tabla 6a. Número de alumnos pertenecientes al grupo experimental----- | 135 |
| Tabla 6b. Número de alumnos pertenecientes al grupo control ----- | 135 |
| Tabla 7. Variables y actividades ----- | 136 |
| Tabla 8. Contenido del test sobre conocimientos de alimentación saludable ---- | 141 |
| Tabla 9. Contenido del test sobre conocimientos de actividad física saludable - | 141 |
| Tabla 10. Contenido del test sobre conocimientos de salud emocional----- | 142 |
| Tabla 11. Contenido del test sobre conocimientos de adicciones ----- | 143 |
| Tabla 12. Contenido del test sobre conocimientos de primeros auxilios y RCP - | 144 |
| Tabla 13. Rúbricas de evaluación de los conocimientos sobre salud ----- | 147 |
| Tabla 14. Distribución por centros de los sujetos del estudio ----- | 173 |
| Tabla 15. Medio de transporte para ir al colegio ----- | 175 |
| Tabla 16. Distribución de sujetos que practican actividad deportiva ----- | 176 |
| Tabla 17. Actividad Artística ----- | 176 |
| Tabla 18. Descripción del bloque alimentación----- | 178 |
| Tabla 19. Distribución de frecuencias de respuestas dadas en el Bloque alimentación ----- | 179 |
| Tabla 20. Conocimientos medios del bloque de alimentación según género----- | 180 |
| Tabla 21. Conocimientos medios del bloque de alimentación dependiente de hermanos mayores----- | 180 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 22. Conocimientos medios del bloque de alimentación dependiente de medio de transporte para ir al colegio----- | 181 |
| Tabla 23. Conocimientos medios del bloque de alimentación en función de la actividad deportiva ----- | 181 |
| Tabla 24. Conocimientos medios del bloque de alimentación en función de la actividad artística----- | 182 |
| Tabla 25. Conocimientos medios del bloque de alimentación en función del curso ----- | 182 |
| Tabla 26. Conocimientos sobre alimentación en función de la profesión de los padres ----- | 183 |
| Tabla 27. Conocimientos sobre alimentación en función de la profesión de los padres. Comparaciones múltiples----- | 183 |
| Tabla 28. Comparación con el grupo control antes de la intervención----- | 184 |
| Tabla 29. Comparación del bloque alimentación antes y después de la intervención----- | 185 |
| Tabla 30. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después----- | 186 |
| Tabla 31. Comparación del bloque alimentación grupo control después de la intervención----- | 186 |
| Tabla 32. Contenido del bloque conocimientos de actividad física----- | 188 |
| Tabla 33. Distribución de las puntuaciones obtenidas en el bloque de AF ----- | 189 |
| Tabla 34. Conocimientos medios del bloque actividad física según género----- | 189 |
| Tabla 35. Conocimientos medios del bloque de actividad física según hermanos mayores ----- | 190 |
| Tabla 36. Conocimientos medios del bloque de actividad física según transporte utilizado para ir al colegio ----- | 190 |
| Tabla 37. Conocimientos medios del bloque de actividad física en función de la actividad deportiva extraescolar----- | 191 |
| Tabla 38. Conocimientos medios del bloque de actividad física en función de la actividad artística----- | 191 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 39. Conocimientos medios del bloque de actividad física en función del curso ----- | 192 |
| Tabla 40. Conocimientos sobre actividad física en función de la profesión de los padres ----- | 192 |
| Tabla 41. Comparación con grupo control antes de la intervención de actividad física ----- | 193 |
| Tabla 42. Comparación del bloque de actividad física antes y después de la intervención----- | 194 |
| Tabla 43. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después----- | 195 |
| Tabla 44. Comparación del bloque actividad física antes y después de la intervención----- | 195 |
| Tabla 45. Contenido del bloque de conocimientos sobre salud emocional ----- | 197 |
| Tabla 46. Distribución de las puntuaciones obtenidas de autoestima ----- | 199 |
| Tabla 47. Comparación conocimientos de autoestima antes y después de la intervención----- | 202 |
| Tabla 48. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después----- | 202 |
| Tabla 49. Comparación de autoestima antes y después de la intervención ----- | 203 |
| Tabla 50. Distribución de las puntuaciones obtenidas de control emocional ---- | 204 |
| Tabla 51. Comparación con el grupo control antes de la intervención----- | 207 |
| Tabla 52. Comparación conocimientos de control emocional antes y después de la intervención----- | 207 |
| Tabla 53. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después----- | 208 |
| Tabla 54. Comparación de control emocional antes y después de la intervención----- | 208 |
| Tabla 55. Distribución de las puntuaciones obtenidas de emociones ----- | 209 |
| Tabla 56. Comparación con el grupo control antes de la intervención----- | 212 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 57. Comparación conocimientos de comunicación antes y después de la intervención----- | 213 |
| Tabla 58. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después----- | 213 |
| Tabla 59. Comparación de comunicación antes y después de la intervención--- | 214 |
| Tabla 60. Comparación bloque salud emocional con el grupo control antes de la intervención----- | 214 |
| Tabla 61. Comparación conocimientos del bloque salud emocional antes y después de la intervención----- | 215 |
| Tabla 62. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después----- | 216 |
| Tabla 63. Comparación del bloque salud emocional antes y después de la intervención----- | 216 |
| Tabla 64. Contenido del bloque de conocimientos sobre salud emocional ----- | 218 |
| Tabla 65. Distribución de las puntuaciones obtenidas en la dimensión alcohol----- | 220 |
| Tabla 66. Conocimientos sobre alcohol en función de la actividad artística----- | 221 |
| Tabla 67. Conocimientos de alcohol en función del curso académico ----- | 222 |
| Tabla 68. Conocimientos sobre alcohol en función de la profesión de los padres ----- | 222 |
| Tabla 69. Comparación con el grupo control antes de la intervención ----- | 223 |
| Tabla 70. Comparación dimensión alcohol antes y después de la intervención- | 224 |
| Tabla 71. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después ----- | 224 |
| Tabla 72. Comparación de la dimensión alcohol con grupo control después de la intervención----- | 225 |
| Tabla 73. Distribución de las puntuaciones obtenidas en la dimensión tabaco-- | 226 |
| Tabla 74. Conocimientos medios de tabaco en función del medio de transporte para ir al colegio----- | 227 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 75. Conocimientos sobre tabaco en función de la actividad artística----- | 228 |
| Tabla 76. Conocimientos de tabaco en función del curso académico ----- | 228 |
| Tabla 77. Conocimientos sobre tabaco en función de la profesión de los padres ----- | 228 |
| Tabla 78. Conocimientos sobre tabaco en función de la profesión de los padres. Comparaciones múltiples----- | 229 |
| Tabla 79. Comparación con el grupo control antes de la intervención ----- | 230 |
| Tabla 80. Comparación dimensión tabaco antes y después de la intervención-- | 230 |
| Tabla 81. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después ----- | 231 |
| Tabla 82. Comparación de la dimensión tabaco con grupo control después de la intervención----- | 231 |
| Tabla 83. Distribución de las puntuaciones obtenidas en la dimensión drogas ----- | 232 |
| Tabla 84. Conocimientos sobre drogas en función de la profesión de los padres----- | 234 |
| Tabla 85. Comparación con el grupo control antes de la intervención ----- | 235 |
| Tabla 86. Comparación dimensión drogas antes y después de la intervención----- | 236 |
| Tabla 87. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después ----- | 236 |
| Tabla 88. Comparación de la dimensión drogas con grupo control después de la intervención----- | 237 |
| Tabla 89. Comparación del bloque adicciones antes de intervención con el grupo control----- | 238 |
| Tabla 90. Comparación conocimientos del bloque adicciones antes y después de la intervención ----- | 238 |
| Tabla 91. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después ----- | 239 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 92. Comparación del bloque adicciones después de la intervención con el grupo control ----- | 239 |
| Tabla 93. Contenido del bloque sobre los primeros auxilios ----- | 241 |
| Tabla 94. Resultados obtenidos sobre conocimientos de primeros auxilios en el grupo experimental antes de la intervención de enfermería ----- | 242 |
| Tabla 95. Conocimientos de primeros auxilios en función del curso académico ----- | 244 |
| Tabla 96. Conocimientos sobre primeros auxilios en función de la profesión de padres ----- | 245 |
| Tabla 97. Comparación con el grupo control antes de la intervención de primeros auxilios ----- | 246 |
| Tabla 98. Comparación del bloque de primeros auxilios antes y después de la intervención ----- | 247 |
| Tabla 99. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después de la intervención sobre primeros auxilios ----- | 247 |
| Tabla 100. Incremento de aciertos del bloque de primeros auxilios en cada ítem ----- | 248 |
| Tabla 101. Comparación del bloque primeros auxilios con grupo control después de la intervención ----- | 250 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1: Áreas de actuación en EpS----- | 61 |
| Figura 2: Elementos y Principios de la Escuela Promotora de Salud ----- | 82 |
| Figura 3: Objetivos generales del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 83 |
| Figura 4: Objetivos específicos del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 84 |
| Figura 5: Adenda del Plan de Educación para la Salud en la Escuela 2016----- | 85 |
| Figura 6: Objetivos Generales de la Adenda del Plan de Educación para la Salud en la Escuela 2016 ----- | 86 |
| Figura 7: Estrategia de implantación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 87 |
| Figura 8: Estrategia de implantación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 88 |
| Figura 9: Estrategia de implantación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 89 |
| Figura 10: Estrategia curricular del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 90 |
| Figura 11: Estrategia curricular del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 91 |
| Figura 12: Estrategia curricular del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 92 |
| Figura 13: Estrategia comunitaria del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 93 |
| Figura 14: Estrategia comunitaria del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 94 |
| Figura 15: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 95 |

| | |
|---|-----|
| Figura 16: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 96 |
| Figura 17: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 97 |
| Figura 18: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 98 |
| Figura 19: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 99 |
| Figura 20: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 100 |
| Figura 21: Estrategia de organización y coordinación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 101 |
| Figura 22: Estrategia comunitaria del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010)----- | 102 |
| Figura 23: Previsión del número de alumnos en Enseñanzas de Régimen General no Universitarias. Curso 2016-2017----- | 122 |
| Figura 24: Actividad Física en la población infantil ----- | 123 |
| Figura 25. Hábitos de alimentación en la población infantil----- | 124 |
| Figura 26. Desayuno en la población de 5 a 14 años----- | 124 |
| Figura 27. Desayuno en la población de 15 a 24 años ----- | 125 |
| Figura 28. Porcentaje de Índice de Masa Corporal en niños/adolescentes ----- | 126 |
| Figura 29. Porcentaje de Enfermedades crónicas en adolescentes ----- | 127 |
| Figura 30. Porcentaje de abandono educativo temprano en España frente a la Unión Europea ----- | 128 |
| Figura 31. Cronograma y Plan de Trabajo ----- | 169 |
| Figura 32. Distribución de la profesión de los padres----- | 175 |
| Figura 33. Actividades relacionadas con el estilo de vida----- | 177 |
| Figura 34. Comparación con el grupo control antes de la intervención ----- | 185 |
| Figura 35. Comparación del bloque alimentación grupo control | |

| | |
|---|-----|
| después de la intervención----- | 187 |
| Figura 36. Comparación con grupo control antes de la intervención de actividad física ----- | 194 |
| Figura 37. Comparación del bloque actividad física antes y después de la intervención----- | 196 |
| Figura 38. Comparación bloque salud emocional con el grupo control antes de la intervención----- | 215 |
| Figura 39. Comparación del bloque salud emocional antes y después de la intervención----- | 217 |
| Figura 40. Comparación del bloque adicciones antes de intervención con el grupo control----- | 238 |
| Figura 41. Comparación del bloque adicciones después de la intervención con el grupo control----- | 240 |
| Figura 42. Comparación con el grupo control antes de la intervención de primeros auxilios ----- | 246 |
| Figura 43. Incremento de aciertos del bloque de primeros auxilios en cada ítem----- | 249 |
| Figura 44. Comparación del bloque primeros auxilios con grupo control después de la intervención----- | 250 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|---|------------|
| ANEXO I: PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR (SCE3) ----- | 275 |
| ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD----- | 281 |
| ANEXO III: CARTAS AVAL DE PRESENTACIÓN EN LOS COLEGIOS ----- | 311 |
| ANEXO IV: REGISTRO DE PROYECTO EN LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN --- | 317 |

GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACISE: Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar

AMECE: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos

AMPA: Asociación de madres y padres de alumnos

ANMF: Australian Nursing and Midwifery Federation

BOE: Boletín Oficial del Estado

BORM: Boletín Oficial de la Región de Murcia

CCAA: Comunidades Autónomas

CE: Consejo de Europa

CECOVA: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

CUE: Comisión de la Unión Europea

ENSE Grupo Enfermería en Salud Escolar

EpS: Educación para la Salud

FUNDADEPS: Fundación de Educación para la Salud

IFIIE: Instituto Español de formación del profesorado, investigación e innovación educativa

LGE: Ley General de Educación y financiamiento de la reforma educativa

LGS: Ley General de Sanidad

LOCE: Ley Orgánica de Calidad de la Educación

LODE: Ley Orgánica del Derecho a la Educación

LOE: Ley Orgánica de Educación

LOECE: Ley Orgánica del Estatuto de Centros Escolares

LOGSE: Ley Orgánica General del Sistema Educativo

LOMCE: Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa

LOPEG: Ley Orgánica de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes.

MEC: Ministerio de Educación y Ciencia

MECD: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

MGI: McKinsey Global Institute

NASN: National Association of School Nurse (EE.UU.)

NHS: Departamento de salud del Reino Unido

NIGZ: Centro colab. de la OMS para la promoción de la salud escolar

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

OPS: Organización Panamericana de Salud

PCC: Proyecto curricular de centro

PEC: Proyecto educativo de centro

PES: Promoción en educación para la salud

PGA: Programación general anual

REEPS: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud

SCE³: Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar

SFSP: Société Française de Santé Publique

SHE: Red de escuelas para la salud en Europa

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TIC: Tecnologías de la información y la comunicación

UE: Unión Europea

UK: Reino Unido

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la cultura

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

WHO (OMS): World Health Organization

INTRODUCCIÓN

I – INTRODUCCIÓN

Es un hecho conocido que la infancia representa una etapa prioritaria en la vida del individuo. Los procesos de crecimiento y desarrollo humanos otorgan, en este momento de la vida, un momento excepcional para la conformación de hábitos de vida saludables, de aprendizaje de conocimientos y desarrollo de conductas generadoras de salud; pero a su vez, la infancia también implica determinados factores de riesgo, aspecto que resulta determinante para que la infancia se conciba como grupo vulnerable. Por ello, todos los procesos relacionados con el mantenimiento, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (primaria, secundaria y terciaria), representan un objetivo prioritario a alcanzar en todos los países del mundo, independientemente de las coordenadas sociales, culturales, políticas y económicas que dibujen el escenario del momento histórico actual en cada caso.

La Conferencia de la OMS, celebrada en Alma Ata, en 1978, supuso un momento crucial en el devenir de las corrientes que iban a desarrollarse en las políticas sanitarias de más de 150 países del mundo; todo un hito, sin lugar a dudas, en cuanto al consenso por y para la salud de las personas; un ejercicio de razonamiento y análisis de la necesidad común de las poblaciones humanas procedentes de contextos múltiples y extremadamente distintos entre sí; contextos que precisaban de una misma estrategia lo suficientemente adaptable y versátil como para asumirse con carácter casi mundial.

Desde ese momento, en España, como en otros muchos países, se asumió un nuevo enfoque dentro de nuestro sistema sanitario; una nueva estrategia que supuso la integración de las corrientes preventivistas en armonía con la actividad asistencial, centrada hasta ese momento en los procesos curativos principalmente. Se inició un camino que implicaba cierto recorrido hacia la desmedicalización imperante en el momento y una lucha por el abandono del ideario del hospitalocentrismo, siendo la implantación de Atención Primaria de Salud la estrategia más adecuada para conseguir estos fines de promoción y prevención.

Este movimiento no resultó un ejercicio rápido, ni sencillo, pues reordenar todos los flujos asistenciales y dispositivos de atención a la salud abarcó más de una década en nuestro país; pero quizá lo más dificultoso no ha sido la

reorganización de los servicios sanitarios desde un punto de vista operativo, sino, modificar las formas de pensamiento para asumir verdaderamente la cosmovisión preventivista. En este tránsito, la Educación para la Salud toma forma y extraordinario valor como instrumento altamente efectivo en sus fines, y tan maleable como para poder adaptarse a nivel individual, grupal, familiar, comunitario o en diferentes grupos humanos delimitados según estados de salud.

El valor de la Educación para la Salud aplicada a grupos de niños se ha evidenciado con la experiencia en actividades de Educación para la Salud en la Escuela durante estas últimas décadas. Así, los entornos escolares han sido el escenario que ha permitido implementar parte de las estrategias preventivistas destinadas a la población infantil, resultando ser el espacio idóneo para conseguir alcanzar objetivos de salud a medio y largo plazo, minimizando los obstáculos que puedan suponer factores como las desigualdades sociales.

La Educación para la Salud en la Escuela se ha normalizado adquiriendo diferentes formas dictaminadas según la legislación en materia de Educación. Si atendemos a la evolución de dichas leyes desde un punto de vista cronológico, podemos presuponer una incorporación progresiva y paulatina de los contenidos de salud en los currículos formativos de los niños en nuestro país; sin embargo, tal y como desarrollaremos en siguiente apartado, Marco Teórico, la realidad viene marcada por un movimiento que no sigue una progresión exponencial, sino que tiende a la variabilidad y al cambio en la asunción de dicho compromiso tácito. Por ello, en las últimas modificaciones normalizadas por ley, sigue sin reflejarse una óptima estrategia de incorporación de dichos contenidos en materia de salud a los currículos infanto-juveniles.

Esta realidad, viene también determinada por la variabilidad añadida que supuso la concesión de las transferencias de las competencias educativas a los Servicios Autonómicos en nuestro país. Así, bajo unas directrices generales, en cada Comunidad Autónoma se aplican variables determinadas por las circunstancias de cada entorno, viéndose claramente comprometida la equidad en educación, entendida como valor último.

Por todo ello, encontramos en España una situación ciertamente dispar en cuanto a las actividades desarrolladas de Educación para la Salud en la Escuela, no

sólo en cuanto a recursos, sino en muchos sentidos, aludiendo uno de ellos a la figura de la implantación de la Enfermera Escolar.

Una de las funciones definidas para los profesionales de Enfermería es la promoción y prevención a través de la Educación para la Salud, cuyas competencias vienen determinadas y reconocidas como profesión sanitaria regulada. Existen experiencias muy beneficiosas, satisfactorias y absolutamente productivas a efectos de salud en muchos centros educativos de España, pero continúa siendo una necesidad por demostrar; una necesidad sentida, pero no lo suficientemente reconocida como para ser normalizada en todo el país. Así pues, ante esta situación de heterogeneidad en la praxis y una ausencia de argumentos comunes que de manera definitiva respalden la implantación de la figura de la Enfermera Escolar en todos los centros educativos españoles, sigue siendo necesario demostrar los beneficios de su intervención y las ventajas de su incorporación en la comunidad educativa, así como su integración en el equipo interdisciplinar escolar con una proyección integral de su intervención (asistencial, preventiva, educativa, mediadora, etc...).

Hemos ido relacionando nuestras diferentes áreas de interés para dibujar las los trazos que conforman el problema de estudio en esta investigación. Como si de un puzle se tratase, identificamos diferentes piezas que toman forma en el problema de investigación; partimos de la base filosófica promovida por la Enfermería Comunitaria, la Educación para la Salud, la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad en la infancia hasta llegar a la pieza clave que, no puede ser otra que la figura de la Enfermera Escolar.

Continuamos en la búsqueda de la legitimidad, del reconocimiento que otorga la sociedad cuando realmente se conquista un nuevo espacio social, cuando padres, niños y profesores demanden la necesidad de atención de enfermería en el entorno escolar. El presente estudio es un paso más en ese movimiento en la lucha por la conquista de ese espacio social y por la defensa de las competencias profesionales de Enfermería en los entornos escolares, así como del valor, en última instancia, de la Educación para la salud en los niños, que, lógicamente, serán los adultos del mañana. Una investigación que propone y demuestra cómo se puede mejorar la vida de las personas desde la infancia; sin duda, este es el valor más importante de esta tesis doctoral, lo que verdaderamente hace que todo proceso de investigación cobre sentido.

III

OBJETIVOS

II - OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar la eficacia que ejerce la Educación para la Salud impartida por un profesional de Enfermería, en los conocimientos de salud de alumnos del último tramo de Educación Primaria de la ciudad de Murcia

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el nivel de conocimientos de salud de los alumnos del último tramo de Educación Primaria de la ciudad de Murcia.

- Implementar una intervención de Educación para la Salud impartida por un profesional de Enfermería sobre alimentación, actividad física, adicciones, salud emocional, prevención de accidentes y primeros auxilios.

- Describir el nivel de conocimientos de salud de los alumnos del último tramo de Educación Primaria de la ciudad de Murcia, después de la intervención de Educación para la Salud impartida por un profesional de Enfermería.

- Analizar la eficacia de la intervención educativa, comparando el nivel de conocimientos y hábitos saludables, antes y después de dicha intervención.

- Realizar un análisis comparativo del nivel de conocimientos de salud entre los alumnos del último tramo de Educación Primaria de la ciudad de Murcia, que recibieron una intervención de Educación para la Salud, con los que no la recibieron por parte del profesional de Enfermería.

III

MARCO TEÓRICO

III – MARCO TEÓRICO

3.1. LA SALUD Y SU INCLUSIÓN EN LOS ENTORNOS ESCOLARES

3.1.1. El concepto de salud

El concepto de salud, (del latín “*salūs*”), va a estar determinado por la época, cultura o civilización en la que nos ubiquemos y su escenario social (Costa y López, 1986). Como indica San Martín, nuestra aproximación al concepto estará por tanto condicionada por el universo cultural. (San Martín y Pastor, 1988).

Podríamos comenzar por la definición clásica que hablaba de “la ausencia de enfermedad”, y que estuvo vigente hasta la mitad del siglo XX. Al finalizar la II Guerra Mundial, floreció una comprensión innovadora de la salud, donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta de Constitución, la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946, p.100). Sin embargo, esta definición también fue muy discutida ya que desprendía un concepto estático, utópico y subjetivo de la salud, dependiendo del individuo y de su percepción particular (Salleras, 1985).

Tal crítica al concepto definido por la OMS estimuló otras muchas acepciones del término donde no sólo se tenía en cuenta la afectación de esas esferas del ser humano, sino que evolucionó hacia una diversidad de significados empujados por el desarrollo de la sociedad y las preocupaciones que condicionaban al ser humano en cada momento y que exponían la libertad del individuo como propuesta de salud.

A modo de resumen, la evolución del concepto de salud puede ser entendida en base a la propia historia de la humanidad y al contexto social y cultural de cada momento. Así se refleja en la Tabla 1 según Gavidia y Talavera (2012).

Tabla 1. Trayectoria y aportaciones que han ido conformando el concepto de salud

| Contexto Social | Concepto de Salud /Enfermedad | Concepto de Salud |
|---|--|--|
| Existencias de enfermedades infectocontagiosas. Peligro de Epidemias. | Consiste en una lesión producida por la acción de gérmenes patógenos | Ausencia de enfermedades e invalideces |
| De Final de la 2ª gran guerra. Desarrollo del Psicoanálisis | Existen enfermedades psicósomáticas | Bienestar físico, mental y social |
| Desarrollo de la Ecología. Grandes concentraciones humanas por la industrialización. | El medioambiente influye en el origen de las enfermedades. | Equilibrio con el entorno y adaptación al mismo. Capacidad de funcionamiento. |
| Predominio de las enfermedades crónicas. | Importancia de la conducta en la prevención de las enfermedades y mejora de la salud | Salud conductual, como estilo de vida. |
| Desarrollo de las Ciencias de la Educación. Incapacidad del Estado en mantener los gastos sanitarios y velar por el mantenimiento de la salud de los ciudadanos. | Origen multicausal de la enfermedad. | Salud holística, integral. Salud como desarrollo personal y social |

Fuente: Elaboración propia, a partir de Gavidia y Talavera, 2012.

De acuerdo con esta evolución del concepto y adentrándonos en el metaparadigma de la enfermería, encontramos una definición de salud propuesta por la teórica Virginia Henderson, definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; en su teoría Henderson (1966), detalla que la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida y para ello debe cumplir las catorce necesidades básicas que propone.

Una de las últimas definiciones que velan por este conjunto de conceptos relacionados con la independencia y autonomía del ser humano es la de Monsalve, que la define como “estado de bienestar bio-psico-social que permite al individuo tener un equilibrio funcional, mental y físico para vivir de una manera autónoma

y poder participar activamente en la vida social de la comunidad donde vive”; (Monsalve, 2013 p. 59).

La salud, es pues, un haber primordial de la población y se ha de atender, proteger y potenciar. Obedece a los propios comportamientos y estilos de vida. La salud es consecuencia de un quehacer continuo que comprende aspectos como una alimentación sana, actividad física adecuada, actividad intelectual, descanso y sueño, relaciones personales, posibilidad de compartir ideas, sentimientos y control emocional, consumo de sustancias, etc. El conjunto de todas estas actividades hace que los individuos puedan estar más o menos próximos a un completo bienestar (Charro, 2013).

3.1.2. De la enfermedad y su curación, a la prevención

Históricamente, la preocupación por la salud y la lucha contra la enfermedad siempre han sido un fenómeno presente en todas las sociedades; una constante caracterizada principalmente por un enfoque eminentemente curativo y bajo una gran diversidad de sistemas de atención a la salud, que operan estructuralmente para producir ese bien, reproduciendo a su vez, todo un conjunto de saberes y prácticas de demostrada eficacia tanto a nivel simbólico como de mejora de la salud, y en última instancia, de supervivencia.

El devenir histórico de cada país ha modelado la constitución de sus propios mecanismos de control de la salud y enfermedad en cada lugar del Mundo, con la influencia de variables muy distintas de corte social, cultural, histórico, político, biológico, etc., y bajo esta premisa, las distintas formas de relación de los grupos humanos con la salud ofrecen una panorámica ecléctica, con proyecciones hacia dimensiones absolutamente diferentes, pero con algunos puntos en común marcados por los avances científicos y los logros sociales. Poco a poco, se fue dibujando así un mapa marcado por coordenadas de salud distintas, y ante las cuales, la mayor parte de los países del mundo decidieron aplicar una estrategia común que cada sociedad debía adaptar a su propia realidad (Guillén, 2013).

Es en la década de los años 70 donde debemos fijar el punto de inflexión que marcó un antes y un después en el desarrollo de lo que hoy entendemos como sistemas sanitarios.

El progreso tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalocentrismo, son tres de los elementos fundamentales que definen la atención a la salud de la segunda mitad del siglo XX, la cual, ha estado centrada eminentemente en los mecanismos por los que se producen las enfermedades, su diagnóstico y su tratamiento, alcanzando elevados grados de sofisticación científico-técnica. (Guillén, 2013). La rapidez en la introducción de nuevos conocimientos y tecnologías y la imposibilidad de dominarlos todos, justifican el origen de la subespecialización creciente de las profesiones sanitarias, y el hospital representa la institución donde se aglutinan, desarrollan y aplican la mayoría de los últimos avances tecnológicos en salud (Martín, Cano & Gené, 2014).

Todos estos elementos confluían en el tiempo con la aparición de otros dos fenómenos muy importantes: por un lado, la aparición de las enfermedades crónicas como nuevo problema de salud, aumentando el número de casos en la población rápidamente, sin identificarse procesos de atención a la salud que permitieran una adecuada evolución del problema evitando las complicaciones; y por otro lado, se manifestó un importante problema con respecto al control del gasto sanitario; las nuevas tecnologías resultaban ser muy costosas, precisando profesionales muy cualificados para su aplicación y manejo. Es evidente que aparecen nuevas necesidades de salud en la población, ante las cuales, los sistemas sanitarios sólo podían responder con un enfoque predominantemente curativo y medicalizado, cuyo núcleo central se basaba en los beneficios que reportaba el manejo de la tecnología hospitalaria en la lucha contra la enfermedad, y que resultó no sólo ser claramente inadecuado e insuficiente, sino también, insostenible (Guillén, 2013).

Al asumir que los sistemas sanitarios centrados esencialmente en las aplicaciones tecnológicas no son eficientes en términos de salud poblacional (Martín & Cano, 2003), se impulsó una línea de pensamiento distinta, aunque complementaria con la visión biomédica predominante hasta el momento. Irrumpe, por un lado, el concepto de salutogénesis definido por Aaron Antonovsky, en los últimos años de la década de los 70, partiendo de la simple cuestión “¿qué crea salud?” Iniciando una nueva contemplación en positivo del concepto de salud (Antonovsky, 1988). Para el modelo salutogénico se tienen en cuentas todos los componentes o recursos de los individuos o comunidades que fomenten o potencien la capacidad de las personas, de las comunidades y de las

poblaciones para conservar la salud y el bienestar; y se denominan activos en salud. Algo que hasta ahora era totalmente contrario al resultado de relacionar y diagnosticar los déficits de los individuos y comunidades. Este modelo, busca las ventajas y reconoce los talentos, habilidades, intereses y experiencias de cada uno, rompiendo el vigente modelo biomédico, donde la salud se focaliza en riesgos y patologías. Este modelo supuso un avance hacia un concepto salutogénico, en el que se estudian los factores que contribuyen a que la población conserve y aumente su bienestar en todas las dimensiones de la persona. Además, en relación con este pensamiento, Antonovsky postulaba que en el caso de que las personas actuaran en su vida con conductas promotoras de salud, los riesgos se minimizarían y las personas ahorrarían sufrimiento (Juvinya-Canal, 2013).

Paralelamente, el Ministro de Salud de Canadá, M. Lalonde en el informe “*A new perspective on the health of Canadians*”, que marcó un hito en la era preventivista, exponía cómo la prevención emergía como la solución a gran parte de las muertes prematuras e incapacidades; proyectó así la necesidad de reorientar los servicios sanitarios desde un enfoque curativo hacia uno preventivista (Lalonde, 1974).

Este documento de trabajo fue el que modeló el lanzamiento de lo que se designó la Nueva Salud Pública (Ashton, 1990), una perspectiva capaz de integrar los problemas biológicos y los aspectos sociales en el enfoque de la salud. A estos factores se les denominó “Determinantes de la salud” que se clasificaron del siguiente modo (Lalonde, 1974) (Tabla 2):

Tabla 2. Determinantes de la Salud de Lalonde

| Determinante de Salud | Descripción |
|-----------------------|--|
| MEDIO AMBIENTE | Los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común. |
| ESTILOS DE VIDA | Los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc. |
| BIOLOGIA HUMANA | Aspectos genéticos y con la edad de las personas. |
| ATENCIÓN SANITARIA | La calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones. |

Fuente:Elaboración propia a partir de: A New perspective on the health of Canadians (Lalonde,1974).

Tras este documento y la definición de los determinantes de salud se reformularon unas nuevas formas de afrontar los problemas de salud, y tras una reunión celebrada en Alma Ata en 1977, la OMS y UNICEF establecieron una estrategia global a la que denominaron “Salud para Todos en el año 2000”. Las propuestas formuladas en esta conferencia consistieron en transformar los servicios sanitarios acrecentando la participación comunitaria, en promover la acción intersectorial y en orientar las intervenciones hacia la salud.

Es a partir de este momento cuando comenzaron a darse las condiciones necesarias para iniciar una nueva forma de atender y entender la salud, que apostara por el equilibrio entre la curación y la prevención, la salud frente a la enfermedad, la educación para la salud frente a la curación. En este momento fue cuando se llevó a cabo la reforma de Atención Primaria de Salud y se desarrolló lo que hoy conocemos como atención a la salud comunitaria, llevando a cabo la

asistencia de salud a todos los puntos donde las personas, viven, trabajan y se desarrollan.

La reunión de Alma Ata marcó históricamente el cambio de paradigma, tanto en Salud Pública como en Salud Escolar, planteándose la promoción de la salud como estrategia de intervención e incorporándose nuevos elementos en la salud escolar que otorgaron cierto protagonismo a la comunidad educativa (OMS, 1978).

3.1.3. La promoción de la salud

La I primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud conformada en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 culmina con la emisión de una carta dirigida a la obtención del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". En ella se definió el concepto de Promoción de la Salud como "los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud" (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986, p.1). Este documento se diferencia del resto, porque parte de un acercamiento holístico de la salud y no estrictamente biomédico; acoge una perspectiva de actuación no paternalista que favorece las iniciativas personales y grupales, promoviendo el empoderamiento de los individuos y comunidades; y relaciona su progreso con el logro de la equidad y la reducción de las desigualdades de salud entre las naciones.

Las líneas estratégicas propuestas en esta carta (Tabla 3), fueron formuladas anteriormente en el primer programa de Promoción de la Salud elaborado por la Oficina Europea de la OMS (OMS, 1984), y van orientadas a distintos campos de actuación que como veremos más profundamente, son los fundamentos sobre los que se conforman los modelos de salud escolar en la actualidad.

Tabla 3. Líneas estratégicas y principios básicos de la Promoción de la salud

| Líneas estratégicas | Principios básicos |
|--|---|
| Construir políticas públicas saludables | Implicar al conjunto de la población en el contexto de su vida diaria, no sólo a los grupos de población en riesgo de padecer enfermedades específicas |
| Crear ambientes que favorezcan la salud | Centrar la acción en los determinantes de la salud para asegurar que el entorno que está por encima del control de los individuos sea propicio para la salud |
| Fortalecimiento de la acción comunitaria | Combinar diversos métodos y no necesariamente complementarios para que abarquen la comunicación, educación, legislación medidas fiscales, cambio organizativo y ante todo el desarrollo comunitario |
| Desarrollar habilidades personales | Anhelar a la participación segura de la población, favoreciendo la autoayuda y animar a las personas a encontrar su condición de promocionar la salud de sus comunidades. |
| Reorientación de los servicios de salud | Conseguir que los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñen un papel importante facilitando y apoyando la promoción de la salud. |

Fuente: Carta de Ottawa. Oficina Europea de la OMS, 1986

Todas estas áreas se relacionan entre sí a través de las políticas de salud como interconexión del resto de factores, pues sin ellas es difícil que un estado logre obtener beneficios en materia de salud (Figura 1).



Figura 1: Áreas de actuación en EpS. Fuente: OMS. 1986

En relación a la Carta de Ottawa, Colomer y Álvarez-Dardet, (2001), proponen que para la consecución de estas interconexiones es sumamente necesario que se lleven a cabo una serie de enunciados clave para la Promoción de la Salud, los cuales son:

- “Implicar a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas”.
- “Centrar la acción sobre las causas o determinantes de salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud”.
- “Combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario”.
- “Desear la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud en sus comunidades”.

Debemos aclarar que la Promoción de la Salud se dirige al todo el conjunto de la población y no sólo a los grupos con factores riesgo o sujetos que padezcan una enfermedad, por ello se establece como fin, instruir a toda la población para que sean capaces de tener el control sobre su propia salud y enfermedad, para obtener el objetivo de ser más autónomos. No obstante, la promoción de la salud es esencialmente una actividad que combina el ámbito de la salud y el ámbito social, y no solamente un servicio médico. Los responsables salud, principalmente los de Atención Primaria, libran un significativo papel en apoyar y facilitar la promoción de la salud, ya que ésta no solo proporciona a las personas la posibilidad de adoptar creencias, hábitos y actitudes saludables, sino que también soporta una concienciación de la comunidad para entender los factores que influyen en su salud y cómo potenciarlos y transformarlos.

3.1.4. La Educación para la Salud

La Educación para la Salud (EpS) es un concepto relativamente reciente. Los comienzos se sospechan en 1920, donde el término de educación sanitaria se asociaba a la Salud Pública (Winslow, 1920); la idea de salud comunitaria no aparece hasta más tarde (Schwartz, 1974), y con ella, la EpS.

Para enfrentarse a los nuevos problemas de salud, surge la investigación basada en la teoría de la etiología multicausal (Mc Mahon, 1975), que identificó los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, concentrándose únicamente en el estudio de los comportamientos individuales (Lilienfeld & Lilienfeld, 1980). Trabajar en la actuación sobre los determinantes asociados con los estilos de vida y los comportamientos de la población pasó a considerarse un factor clave en la prevención de las enfermedades. Por ello la EpS como estrategia de intervención, se vio reforzada durante los años 60 y 70 (Kickbusch, 1996).

Salleras, la definió resaltando la importancia de la transmisión de los conocimientos necesarios para que la población supiera cómo adquirir el estado máximo de salud dentro de su entorno (Salleras, 1985, p. 88):

“Un proceso que informe, forme, motive y ayude a la población a adoptar y mantener conductas y estilos de vida saludables, y propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos.”

Esa definición, muy usada en los programas actuales de EpS, es una evolución de la propuesta por la OMS, que la definía como (OMS, 1983, p. 42):

“Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite.”

Teniendo en cuenta las corrientes que se estaban generando, donde se relacionaba el medio ambiente social en el individuo, la Organización Mundial de la Salud presenta un Glosario donde incluye el conjunto de estos aspectos (WHO, 1998, p. 13):

“La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.”

Y así, la Educación para la Salud se entiende: (Alonso Sanz y cols., 2004, p.65):

“Se trata fundamentalmente de la actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y para desarrollar la motivación y las habilidades personales que la promueven. No se dirige solamente a los individuos, sino también a los grupos, organizaciones y a la comunidad en general. Es una herramienta que forma parte de las estrategias contempladas en la Pro-moción de la Salud.

Salud y Educación para la Salud son términos que parecen unidos, como indica Serrano (2003, p.8) que define la salud y su educación en los siguientes términos:

“La salud y la educación son, pues dos conceptos no sólo compatibles sino tan interrelacionados que no puede existir el uno sin el otro. Cuando se habla del pleno desarrollo de las personas se contemplan tanto los aspectos físicos y psíquicos como los sociales. Los objetivos de la educación coinciden en esta perspectiva con las metas de la promoción de la salud”.

La consultora McKinsey, en su Instituto de Investigaciones Globales, establece cuatro conclusiones clave, cuya aplicación en el ámbito de la Salud Pública podrá ayudar a que se tomen decisiones informadas a la hora de diseñar políticas y que además se elijan soluciones sanitarias vitales que sean rentables (MGI, 2014):

- Las iniciativas aisladas no funcionan.
- La educación y la llamada a la responsabilidad individual, es decir, la concienciación, es útil, pero no suficiente.
- Ningún componente de la sociedad puede luchar contra la obesidad aisladamente.
- Ninguna campaña funcionará sin establecer unas premisas fundamentales. Cuantos más actores participen para poner en marcha una iniciativa, en todas las escalas y todos los niveles, basándose en el principio de la cooperación, más efectiva será.

Estas conclusiones se pueden extrapolar a la EpS en general y vienen a reafirmar el creciente interés que se produjo a principios de los años 90 para la mejora de la salud infantil y un reconocimiento explícito del papel que la escuela podía desempeñar en la mejora de la salud escolar a través de la EpS en sus estilos de vida a edades tempranas (Mendoza y López, 1993).

Enfocado hacia el ambiente, cabe destacar que con la EpS responsabilizamos y preparamos al alumno, focalizando sus comportamientos hacia la adopción de un estilo de vida plenamente saludable y unas conductas de salud positivas.

3.2. INCLUSIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL

3.2.1. La escuela promotora de salud y la Educación para la Salud en la escuela

La nueva ocupación que adquiere la escuela en el desarrollo de la Promoción y Educación para la Salud (PES), hizo necesaria la reformulación de los programas de Salud Escolar (OMS, 1997). Inicialmente, el aumento de la evidencia, otorga a la PES una reducción en las diferencias en salud entre los grupos más desfavorecidos y los más aventajados; esto benefició a que se valorase la escuela como una institución desde la que es posible construir la salud desde una temprana edad y el bienestar en la sociedad en general (OMS, 1998).

Por ello, el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte (1998), determinó que los ámbitos socializadores clave son los centros escolares y el hogar, ya que allí tiene lugar el desarrollo temprano de la población y es en ese periodo donde se va a realizar un importante papel en la configuración de la conducta, los valores y los aspectos sociales de la infancia y la adolescencia, que marcarán su edad adulta.

Además, encontramos que el logro de buenos resultados académicos en un centro educativo, está estrechamente relacionado con la obtención de unos niveles óptimos de salud dentro de toda la comunidad educativa; y esto se puede reflejar en el concepto de salud según la OMS, es decir, como un “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946; p.100). Con lo cual, atendiendo a esta realidad, los centros escolares que incorporen de un modo efectivo la promoción de la salud están edificando las bases que les permitirán conseguir los mejores objetivos educativos, abarcando con ellos los académicos (Salvador, 2008).

La entrada en vigor de la Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad (LGS), relaciona la reorientación de los servicios sanitarios para la Promoción de la Salud (BOE, 1986) tal y como marcaba la Carta de Ottawa (1986), dicha ley conllevó que a partir de ese momento el sistema sanitario se orientase prioritariamente hacia la Promoción de la Salud, la prevención de enfermedades, promover el interés individual y colectivo por la salud, la prevención de enfermedades y la EpS como herramienta fundamental dentro del Sistema Nacional de Salud para conseguir los niveles de salud anheladas.

Paralelamente, hacia la mitad de los años 80, en Europa y Norte-América nace el concepto de Escuela Promotora de Salud siguiendo las bases de la Carta de Ottawa de la Promoción de la Salud en 1986. Este concepto germina con la idea de fomentar las alianzas entre los Ministerios de Educación y Salud de los distintos países, y que otros actores que pudieran estar comprometidos en la creación y mantenimiento de unas escuelas promotoras de salud. Las impulsoras de este concepto fueron la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS), creando una cooperación técnica dedicada a la elaboración, implementación y evaluación de los programas de EpS en el contexto de la reforma educativa. La idea que surge de esta alianza es de fortalecer las acciones conjuntas entre comunidad y escuela. Las actividades principales con que se inician las Escuelas Promotoras de Salud son (Monsalve, 2013):

- Desarrollo curricular y de programas de formación de profesores.
- Utilización de dinámicas educativas en el aula: métodos didácticos y materiales educativos.
- Diseñar instrumentos para el seguimiento y la evaluación de cambios en conocimientos, actitudes y prácticas que inciden en la salud.
- Plantear herramientas de diagnósticos rápido para identificar y vigilar las prácticas y las condiciones de riesgos a la salud.

Así, en 1996 la OMS hace una amplia definición de Escuela Promotora de Salud, que es todavía relevante hoy (OMS, 1996) (p.2):

“Una escuela de promoción de salud es aquella en la que todos los miembros de la comunidad de la escuela trabajan juntos para proveer a los alumnos de experiencias integradas y positivas y con estructuras, que promueven y protegen su salud. Esto incluye tanto el nivel formal como el plan de estudios informal en la salud, la creación de un ambiente seguro y sano de la escuela, la provisión de Seguridad Social apropiada, con la participación de la familia y la comunidad en sentido amplio, en los esfuerzos para promover la salud”

Posteriormente García (1998) define de nuevo a las Escuelas Promotoras de Salud, con una definición más adaptada al contexto español:

“Una Escuela Promotora de Salud es aquella que proporciona unas condiciones óptimas para el desarrollo emocional, intelectual, físico y social de los alumnos. Se trata de promover, fomentar y permitir la adquisición de habilidades personales y sociales que conduzcan a crear valores y actitudes positivos hacia la salud, desde la propia capacidad de toma de decisiones personales, la participación y la igualdad, acorde siempre con el desarrollo intelectual, físico y mental del niño. El papel del profesorado es favorecer y permitir el desarrollo de estas habilidades” (p. 285).

Según este autor para cumplir esta definición una Escuela Promotora de Salud debe reunir una serie de características que recogemos a continuación (García, 1998):

- Considerar todos los aspectos de la vida del centro educativo y sus relaciones con la comunidad educativa así como con el entorno que lo rodea.
- Incluir la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales.
- Participación activa de todo el personal docente y de los alumnos.
- Programar los contenidos de EpS como parte del currículo.
- Entender que el desarrollo de la autoestima y la autonomía personal son fundamentales para la promoción de una buena salud.
- Incluir el entorno físico, ya que cumple un papel fundamental sobre profesores, personal no docente y alumnos.
- Creer en la promoción de la salud en la escuela como algo muy importante para toda la comunidad escolar.
- Reconocer y trabajar sobre el papel ejemplarizante de los profesores.
- Reconocer el papel de los alumnos como protagonistas de su salud.
- Integrar a los padres como parte esencial de la escuela promotora de salud.

La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) se constituyó en Europa en 1991, representada por los Estados Miembros de la Unión Europea en sus inicios. En nuestro país, el Ministerio de Educación en 1993 facilitó e impulsó la EpS en los centros escolares mediante la adhesión a la REEPS. (Davó, 2005).

Con la entrada de la Ley Orgánica 1/1990 de 3 de Octubre, General del Sistema Educativo (LOGSE) (BOE, 1990), se definen los contenidos de aprendizaje que debían estar presentes a través de las diferentes áreas. Se trata de lo que se define como “temas transversales”, entre los que se encuentra la EpS, con los que favorecer el desarrollo integral de los alumnos. Dentro de esta línea de acción, las Escuelas como Promotoras de Salud son una estrategia que reconoce la integración de elementos esenciales de Promoción de la Salud y de prevención de la enfermedad en el ámbito de una comunidad educativa (Gavidia, 2001).

La Ley 2/2006 de 3 de mayo, Orgánica de Educación (LOE) (BOE, 2006), propone trabajar una serie de temas que, aunque no disfrutan de un puesto determinado en el currículo, han de trabajarse a lo largo de la escolaridad. Estos son los llamados “ejes transversales”, los cuales, se dirigen a un objetivo básico: “Promover el desarrollo de conductas críticas y reflexivas en los estudiantes” y entre estos ejes se sitúa la EpS. Por tanto, hasta este momento, la EpS debe tratarse de manera transversal, pero no indica de qué modo, por lo que no todos lo consiguen, y en función del nivel de transversalidad que se alcance, podemos clasificar las propias Escuelas y detectar que muchos de estos centros no alcanzan el nivel de Escuela Promotora de Salud (Gavidia, 2001).

En el ámbito autonómico, la Ley de Salud de la Región de Murcia de 1994 y los Decretos de Currículo de 1991 para la Educación Infantil y de 2002 para la Educación Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachillerato, entre otros, avalan igualmente el desarrollo de intervenciones en esta materia. El intento de facilitar la labor de la escuela ha sido el punto de partida de la elaboración, en los últimos años, de órdenes conjuntas entre distintas consejerías con el fin de coordinar las actuaciones en materia de educación medioambiental, EpS, para el consumo de sustancias adictivas, prevención de riesgos, integración de inmigrantes, juventud, etc. (Gutiérrez, y cols., 2005).

Para conseguir estos objetivos, la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, establece que ha de existir una colaboración estrecha entre las instituciones y profesionales de la sanidad y de la docencia. En la Orden de 15 de marzo de 1992, de la Consejería de Sanidad, de creación de los Consejos de Salud de la Zona (BORM, 1992, p.2802), donde se expone en su Artículo 1: “Se crean los Consejos de Salud de Zona como órganos de participación de carácter social en los programas de salud y de información y colaboración con los equipos de Atención

Primaria. El Artículo 4 hace referencia a las funciones de este Consejo, entre las que se encuentran (p. 2803-4):

- “Conocer y participar en el diagnóstico de Salud de la Zona”
- “Estudiar la adecuación de las actuaciones en la Zona de Salud a las peculiaridades de las mismas, y en base a las directrices de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma de Murcia”
- “Colaborar en la determinación de los problemas de salud de la Zona”
- “Participar en la elaboración, realización y evaluación de los programas específicos diseñados por el Equipo de Atención Primaria”
- “Promover la participación y Educación Sanitaria en la Zona”
- “Conocer la memoria anual de actividades del Equipo de Atención Primaria”

Podemos indicar que esta idea traslada el concepto de EpS que se define en la legislación, a su inclusión en los aspectos básicos de los currículos de las enseñanzas de educación infantil, primaria y secundaria, teniendo como objetivos la adopción de hábitos de salud y bienestar, y el conocimiento de las consecuencias para la salud individual y colectiva de los actos y decisiones personales. Objetivos estos recogidos por la OMS en su definición de salud y que serán trabajados en todos los centros docentes que aspiren a ser Escuelas Promotoras de Salud (Monsalve, 2012).

3.2.2. Red de escuelas para la salud

Asumimos que controlar la EpS desde los centros escolares, es pretender conseguir una educación integral de los alumnos, como futuros adultos autónomos y responsables. Con ello, se puede asegurar el derecho a la salud y a la educación en la infancia como un compromiso de todos, y como parte de la inversión que el conjunto de la sociedad debe tener para conseguir el germen de la capacidad creadora y productiva de los jóvenes, teniendo un futuro más social y humano de un modo sostenible (Talavera, 2008).

Con esta misma idea, la OMS (1983) indica que:

“Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer” (p.3).

Para conseguir este propósito, la propia OMS partiendo de las recomendaciones de la Conferencia sobre la Promoción de la Educación para la Salud de Estrasburgo (20-22 de septiembre de 1990), promueve la creación de Redes de Escuelas Promotoras de Salud (OMS, 1990).

La red de Escuelas para la Salud (red SHE) es una plataforma de Escuela para la Salud en Europa (Schools for Health in Europe network), cuyo principal objetivo es apoyar a organizaciones y profesionales en el campo del desarrollo y mantenimiento de la promoción de la salud en la escuela. La coordinación de esta red en Europa es responsabilidad del NIGZ, (Centro Colaborador de la OMS para la Promoción de la Salud Escolar) y en España, es responsabilidad del Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa (IFIIE), del Ministerio de Educación. El IFIIE como regulador nacional tiene una fuerte base en la experiencia desarrollada por su precursora, la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS). Esa experiencia ha proporcionado una estrategia de trabajo colaborativo entre los sectores educativo y sanitario. El programa ha ayudado así a elevar el perfil y el compromiso con la promoción de salud en la escuela (Monsalve, 2013).

En los últimos 20 años de experiencia, se muestra un proceso sistemático de trabajo conjunto, una intermediación, una planificación, un desarrollo y una puesta en marcha del proyecto, proporcionando un apoyo técnico, como componentes para el éxito. Siguiendo un orden cronológico, podemos señalar un devenir tal que (Monsalve, 2013):

- En la I Conferencia Europea sobre Escuelas Promotoras de Salud, celebrada en Tesalónica, Grecia (1997), se definieron los principios para la promoción de la salud en las escuelas. Toda la población infantil y juvenil tiene el derecho a la educación, la salud y la seguridad, así como el derecho a ser educada dentro de una escuela promotora de salud.

- En la II Conferencia Europea sobre Escuelas Promotoras de Salud, celebrada en Egmond aan Zee, Holanda (2002), se enfatizó la importancia de la colaboración entre los sectores educativo y sanitario. La Agenda de Egmond, es una herramienta para ayudar a establecer y desarrollar la promoción de salud en las escuelas en toda Europa.
- En la III Conferencia Europea sobre Escuelas Promotoras de Salud, celebrada en Vilna, Lituania en 2009, bajo el nombre “Escuelas Mejores a través de la Salud”, ha querido dar un paso más en la promoción de salud en las escuelas en Europa, con acciones comunes intersectorial e internacional. Durante la conferencia la población juvenil tuvo un principal protagonismo, y estuvo compartiendo y trabajando conjuntamente, con el fin de conseguir hacer de su escuela un lugar mejor para aprender y trabajar.
- En la IV y última Conferencia Europea de Escuelas Promotoras de Salud se celebró en la ciudad de Odense (Dinamarca), a finales de 2013, se presentaron como objetivos: consolidar, fortalecer, diseminar y compartir investigación, políticas y prácticas en el campo de la promoción de salud en las escuelas. El tema central de este año será la equidad en la salud, vinculando la promoción de la salud en el ámbito escolar con asuntos clave como la sostenibilidad, la inclusión social, la innovación y los cambios.

Tres organizaciones internacionales son las que confeccionan e inician la Red SHE: el Consejo de Europa, la Comisión Europea y la Oficina Regional de la OMS para Europa; que han actuado unidas como Comité Internacional de Planificación (MEC, 2015).

La implicación activa de estas tres organizaciones internacionales, otorga a la REEPS la importancia de considerarse como uno de los programas internacionales más avanzados para la promoción de salud en las escuelas en el mundo (Monsalve, 2013).

La SHE actualmente está formada por 43 Estados Miembros, que tienen un responsable nacional que se encarga de coordinar cada uno de los programas o proyectos que se llevan a cabo a nivel nacional. Ese responsable es nombrado oficialmente por los Ministerios de Educación y de Sanidad, lo que lo vincula el programa a las políticas de sanidad y de educación. El NIGZ (centro colaborador de la OMS) realiza las funciones de coordinador a nivel europeo de la red SHE. Es

el encargado de planificar las reuniones de la asamblea y de todos los coordinadores nacionales, así como de la elaboración y distribución de los materiales didácticos, revista, etc., (Monsalve, 2013).

El coordinador nacional de la red SHE en España es el IFIIE, y éste a su vez realiza la coordinación de todas las Comunidades Autónomas, las cuales preservan la idoneidad para establecer los criterios de selección de los centros escolares que constituirán la red SHE. Las CC.AA. Los centros que deseen unirse a la Red SHE deben solicitar a la Consejería de Educación o Sanidad de su Comunidad Autónoma su adscripción a la red. Deben cumplir los requisitos establecidos por dicha Comunidad, y expresados en la convocatoria oportuna (Monsalve, 2013).

La Red ofrece a los centros educativos una serie de apoyos para desarrollar sus proyectos (MEC, 2015):

- Acreditación como Escuela Promotora de Salud y homologación de acuerdo a los criterios impulsados por la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud; Subvención económica del Departamento de Salud y Consumo para apoyar las situaciones específicas de cada centro.
- Asesoramiento y seguimiento por parte de la Comisión Mixta Salud-Educación.
- Recursos y materiales didácticos de educación para la salud de la Dirección General de salud Pública.
- Participación en actividades de intercambio de experiencias y formación.

En España las Comunidades que están adheridas a la red SHE son: Aragón, Principado de Asturias, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Junta de Extremadura y Región de Murcia (Monsalve, 2012).

Actualmente, forman parte de la red SHE en España, aproximadamente 160 escuelas, de seis Comunidades Autónomas. En España se considera que este proyecto está en consonancia con los objetivos y capacidades recogidas en la Ley de Educación, y se completa su implementación con legislación educativa y sanitaria posterior (Monsalve, 2012).

3.3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULO DE EDUCACIÓN PRIMARIA

3.3.1. Política Educativa Española y la Salud Escolar en Educación Primaria

El marco legislativo de la educación determina cuáles son los objetivos que se deben alcanzar, siendo el que determina los criterios y la vía en que las acciones deben desarrollarse para alcanzarlos. Además, debido a los cambios que demanda nuestra sociedad y a los determinantes políticos, esta normativa es cambiante. Así, nuestro país ha sido sometido a distintas reformas en las últimas décadas, las cuales han tenido también implicaciones en la manera de tratar la salud en el currículo escolar.

En este apartado se hace una revisión de la legislación educativa desde la inclusión de la Educación para la salud, desglosando paso a paso cómo ha ido evolucionando cronológicamente hasta la actual ley de Educación.

Comenzaremos tomando la Constitución Española (1978) como primer referente; en el Artículo 43 indica que “[...] los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria [...]” (art. 43).

La Ley Orgánica 8/1985, 3 julio del Derecho a la Educación (LODE), enfatiza la participación de todo el colectivo de la sociedad en el sistema educativo. Entre los elementos que deben cumplirse figura en el capítulo 2.3 que la actividad educativa debe conseguir una “formación personalizada que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos, en todos los ámbitos de la vida personal, familiar, social y profesional” (BOE, 1985, cap. 2.3).

Por primera vez se trata la educación para la salud en la legislación sanitaria en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS). El artículo 6, apartado 1 indica: “Las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas: 1. A la promoción de la salud y 2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población”, (BOE, 1986, art. 6).

En 1989, los Ministerios de Educación, Política Social y Deporte y el Ministerio de Sanidad y Consumo rubrican un convenio de colaboración para establecer la PES en la escuela, y se confecciona una guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias (MEPSyD; MSC, 1989).

En la Ley orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990. General del Sistema Educativo (LOGSE), se incluyen en los Decretos del Currículo de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria los Temas Transversales, entre los que encuentran: Educación Vial, Educación para el Consumidor, Educación Ambiental, Educación para la Paz y Educación para la Salud (BOE, 1990) (Tabla 3).

Dentro de la LOGSE, encontramos el área de Conocimiento del medio natural, social y cultural, estableciéndose como la materia designada en ese momento para integrar los contenidos de salud y desarrollo personal, en lo que conforma el Bloque 3 en cualquiera de los tres ciclos de la Educación Primaria (de 1º a 6º), que se definen de manera global como “Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo, practicando ejercicio físico y los hábitos elementales de higiene y alimentación, valorando positivamente su repercusión sobre la salud y la calidad de vida” (BOE, 1990a) (Tabla 3).

La incorporación de EpS en el currículo es un rasgo fundamental del Modelo de Escuela Promotora de Salud, pero, además la LOGSE introdujo otras novedades que estaban en concordancia con los principios de este modelo de salud escolar.

Una de las novedades incluidas en esta ley fue la flexibilidad y apertura del currículo para que éste lograra ser adaptado a las características de las escuelas, de su alumnado y de su entorno social (Davó y Ruiz, 2000), lo cual, establece uno de los principios que cimientan a las Escuelas Promotoras de Salud (Sierra y Zurriarain, 1988).

Tabla 4. Contenidos del Bloque 3: la salud y el desarrollo personal, en el currículo de Educación Primaria según la LOGSE (BOE, 1990a).

| CICLO | CONTENIDOS DE SALUD Y DESARROLLO PERSONAL |
|---------------|---|
| PRIMER CICLO | <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las partes del cuerpo humano. - Aceptación del propio cuerpo y del de los demás con sus limitaciones y posibilidades. - La respiración como función vital. Ejercicios para su correcta realización. - Identificación y descripción de alimentos diarios necesarios. - Valoración de la higiene personal, el descanso, la buena utilización del tiempo libre y la atención al propio cuerpo. - Identificación de emociones y sentimientos propios. - Hábitos de prevención de enfermedades y accidentes domésticos. |
| SEGUNDO CICLO | <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de la morfología externa del propio cuerpo. - Los cambios en las diferentes etapas de la vida. - Los sentidos, descripción de su papel e importancia de su cuidado habitual. - La relación con otros seres humanos y con el mundo. - Identificación y adopción de hábitos de higiene, de descanso y de alimentación sana. El ejercicio físico. Dietas equilibradas. - Prevención y detección de riesgos para la salud. - Actitud crítica ante las prácticas sociales que perjudican un desarrollo sano y obstaculizan el comportamiento responsable ante la salud. - Identificación y descripción de emociones y sentimientos. - Planificación de forma autónoma y creativa de actividades de ocio, individuales o colectivas. |

| | |
|--------------|--|
| TERCER CICLO | <ul style="list-style-type: none"> - El funcionamiento del cuerpo humano. Anatomía y fisiología. Aparatos y sistemas. Las funciones vitales. Relaciones entre la estructura y la función de órganos y sistemas con los procesos biológicos básicos (sistemas sensorial, digestivo, muscular y óseo, circulatorio, nervioso, respiratorio, reproductor). - Conocimiento de primeros auxilios para saber ayudarse y ayudar a los demás. - Desarrollo de estilos de vida saludables conscientes. Reflexión sobre el cuidado y mantenimiento de los diferentes órganos y aparatos. - Actitud crítica ante los factores y prácticas sociales que favorecen o entorpecen un desarrollo saludable y comportamiento responsable. - La identidad personal. Conocimiento personal y autoestima. - La autonomía en la planificación y ejecución de acciones y tareas. - Desarrollo de iniciativa en la toma de decisiones. En resumen, al final de la educación primaria: Poner ejemplos asociados a la higiene, la alimentación equilibrada, el ejercicio físico y el descanso como formas de mantener la salud, el bienestar y el buen funcionamiento del cuerpo. Con este criterio se trata de comprobar que conocen y valoran la relación entre el bienestar y la práctica de determinados hábitos: alimentación variada (identificando alimentos como frutas y verduras o cereales), higiene personal, ejercicio físico regulado sin excesos o descanso diario de ocho a nueve horas. |
|--------------|--|

Fuente: Ley Orgánica 1/1990, de la Organización General del sistema educativo (LOGSE)

La Ley Orgánica 9/1995, de Participación, Evaluación y Gobierno de los Establecimientos Educativos (LOPEG), del 1995, desarrolló la apertura de la escuela a la comunidad y la gestión democrática de los centros, la cual, otorgó más protagonismo a los padres y a la comunidad, para generar conjuntamente cambios favorables a la salud (BOE, 1995).

En el año 2000 comenzaron las transferencias en materia educativa “No universitaria”, a las CC.AA. y con ella se inicia una nueva etapa en la que las diferencias en cuanto al contenido de la EpS en los currículos de las asignaturas (Monsalve, 2013).

La EpS fue incluida también en la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE), la cual modificaba tanto la LODE, como la LOGSE y la LOPEG. Podemos destacar, entre las capacidades que incluía esta ley en las diferentes etapas, que en Infantil se dio prioridad a la autonomía personal y en la Educación Primaria al área de conocimiento, control de su propio cuerpo y

autonomía personal, contenida en las áreas de Ciencias, Geografía e Historia y Educación Física (BOE, 2002).

En la LOCE, las menciones a la salud respondían a una idea de salud relacionada con los hábitos y estilos de vida individuales y con la prevención de la enfermedad, lo cual, como indicó Gavidia, "... se obvian los contenidos actitudinales en las áreas curriculares, excepto en Educación Física...", lo que suscitó una llamada de atención sobre los efectos que esto podría tener para la adquisición de nuevos comportamientos y para la modificación de hábitos entre el alumnado, ya que, en ellos, las actitudes juegan un papel fundamental (Gavidia, 2003).

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), incluye a la EpS directamente dentro de algunas áreas de Educación Primaria y Educación Secundaria: Conocimiento del Medio, Ciencias de la Naturaleza, Educación Física y Educación para la Ciudadanía, y se diseñan programas estables sobre educación y promoción a la salud dentro del ámbito escolar (LOE, 2006).

Como novedad en esa ley, cabe destacar la definición y nomenclatura de las competencias básicas que el alumnado debe adquirir en la Educación Primaria y lograr en la Educación Secundaria, las cuales permitían identificar los aprendizajes que se consideraban imprescindibles desde un planteamiento integrador para un desarrollo permanente a lo largo de la vida.

Se incorporan de nuevo las referencias a los temas transversales, los cuales aparecen ligados a la educación en valores y se diseñan objetivos y contenidos que hacen referencia de forma explícita a la salud, tanto en la etapa de Educación Infantil como en la etapa de Educación Primaria, donde se incluyen, las competencias relacionadas con la salud (BOE. 2006 y 2007).

En la LOE, la salud se asocia al bienestar y al desarrollo personal, a la autoestima y a los hábitos de y estilos de vida saludables. Responde a una concepción multidimensional que contempla el cuidado físico, mental y social. La LOE se aproxima a los criterios del Modelo de Escuelas Promotoras de Salud (Davó, 2009).

Según la modificación actual de la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), los conceptos asociados a la EpS

desaparecen de los bloques de contenido específicos de las asignaturas y se enmarcan dentro de los contenidos transversales.

En la actual ley de educación, cuyo calendario de implantación va desde el curso 2014-2015 hasta el curso 2017-2018, se establecen 7 competencias básicas en el currículo de Educación Primaria. Dentro de ellas, las administraciones educativas pueden complementar los contenidos del bloque de asignaturas troncales y establecer los contenidos en los bloques de asignaturas específicas y de libre configuración autonómica según su criterio. Los contenidos de la EpS sí se mencionan de forma parcial en 3 puntos dentro de los 14 objetivos a conseguir (LOMCE, 2013):

1. Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social.
2. Desarrollar sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como una actitud contraria a la violencia, a los prejuicios de cualquier tipo y a los estereotipos sexistas.
3. Fomentar la educación vial y actitudes de respeto que incidan en la prevención de los accidentes de tráfico.

Dentro de los contenidos transversales que deben fomentar las administraciones educativas se incluyen concretamente los siguientes conceptos relacionados con la EpS: desarrollo sostenible y medio ambiente; actividad física y dieta equilibrada; vida activa, saludable y autónoma; educación y seguridad vial; y el abuso sexual, el cuál es específicamente mencionado como concepto a tratar. Llama la atención que se indique que los temas relacionados con la EpS deben ser asumidos en su diseño, coordinación y supervisión por el profesorado con cualificación o especialización adecuada en dichos ámbitos.

Por otra parte, la EpS no se encuentra mencionada dentro de ningún bloque específico de las asignaturas publicadas, habiendo algunos contenidos puntuales que se incluyen en determinadas asignaturas como son: el deporte, *fitness y wellness* en la asignatura de Educación Física, de modo que los contenidos de EpS ya no están dentro del bloque de la asignatura de Ciencias de la Naturaleza, como sucedía en la LOGSE.

Todo lo anteriormente explicado queda resumido en el siguiente cuadro ilustrativo (Tabla 5):

Tabla 5. La EpS en el ámbito escolar. Currículo de Educación Primaria

| LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR CURRÍCULO DE EDUCACIÓN PRIMARIA | | |
|--|---|---|
| AÑO | NORMATIVA | CONTENIDO |
| 1978 | Constitución Española | “Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria...” |
| 1985 | LODE | “Formación personalizada que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos, en todos los ámbitos de la vida personal, familiar, social y profesional” |
| 1986 | LGS | “Las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas: 1. A la promoción de la salud y 2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población” |
| 1990 | LOGSE | Se incluyen en los Decretos del Currículo de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria los Temas Transversales, entre los que encuentran: Educación Vial, Educación para el Consumidor, Educación Ambiental, Educación para la Paz y Educación para la Salud, como “Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo, practicando ejercicio físico y los hábitos elementales de higiene y alimentación, valorando positivamente su repercusión sobre la salud y la calidad de vida” |
| 1995 | LOPEG | Apertura de la escuela a la comunidad y la gestión democrática de los centros |
| 2000 | Transferencias en materia educativa “No universitaria” a las CC.AA. | |
| 2002 | LOCE | Prioridad a “la autonomía personal” y en la Educación Primaria al área de “Conocimiento y control de su propio cuerpo y la autonomía personal” Se elimina la transversalidad de la EpS. |
| 2006 | LOE | Determinación de las competencias básicas. Planteamiento integrador para un desarrollo permanente a lo largo de la vida. Se incorporan nuevamente referencias a los temas transversales. La salud se asocia al bienestar y al desarrollo personal, a la autoestima y a los hábitos de y estilos de vida saludables. |
| 2013 | LOMCE | Los conceptos asociados a la EpS desaparecen de los bloques de contenido específicos de las asignaturas y se enmarcan dentro de los contenidos transversales. La EpS no se encuentra mencionada dentro de ningún bloque específico de las asignaturas publicadas, EXCEPTO EN EDUCACIÓN FÍSICA. |

Fuente: Elaboración Propia.

3.4. PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGIÓN DE MURCIA 2005-2016

3.4.1. Objetivos y Estrategias de Intervención

“El *Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia* es un proyecto promovido por las Consejerías de Educación y Sanidad de la Región de Murcia, cuyo objetivo es ser el marco de referencia de la EpS en el entorno educativo” (Gutiérrez y cols., 2016, p.13).

Supone una iniciativa que reconoce que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posible, entendiéndola desde su aspecto positivo de conservación y Promoción de la Salud. Su pretensión es actuar sobre los determinantes de la salud y favorecer la adquisición y mantenimiento de estilos de vida saludable.

Para ello, se considera necesaria la implantación en el entorno escolar de una serie de programas con carácter permanente de Promoción de la Salud y EpS, de manera que los centros docentes puedan constituirse como Escuelas Promotoras de Salud.

Desde la Carta de Ottawa de 1986 y tras el I Encuentro Nacional de Responsables de Promoción y Educación para la Salud de las Comunidades Autónomas de 1989, la Región de Murcia ha mantenido relaciones entre los responsables de Educación y de Salud para el desarrollo de la EpS en la escuela, estableciendo una coordinación operativa y fructífera que dio como resultado la puesta en marcha de programas de formación del profesorado, la elaboración de materiales didácticos y el fomento de la colaboración entre los Centros de Salud y los Centros Escolares.

Posteriormente, al producirse las transferencias sanitarias y educativas se facilitaron el trabajo compartido por ambas Consejerías y en el año 2000 se creó, mediante la promulgación de normativa, la Comisión de Coordinación en materia de Educación para la Salud en Centros Docentes no Universitarios, órgano de cooperación y decisión para la programación de actividades y para el estudio de las propuestas que sobre esta materia se realizan en las escuelas. Esta normativa fue revisada y actualizada en 2005 para facilitar la puesta en marcha y desarrollo

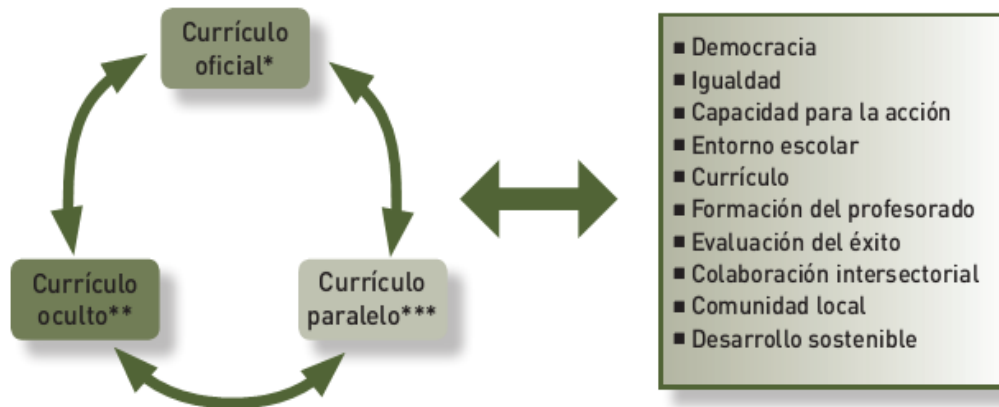
del *Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2015 (PESERM)*, comenzando su implantación durante el curso 2006-2007.

“El Plan de Educación para la Salud en la Escuela establece las estrategias y objetivos orientados a favorecer el desarrollo de la educación para la salud en los centros docentes de la región, con la finalidad de “desarrollar una educación en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional, que facilite su desarrollo integral y la adquisición de estilos de vida saludables” (Gutiérrez y cols., 2016, p.13).

En 2016, dando continuidad al Plan de Educación para la Salud en la Escuela, se publica *La Adenda del Plan de Educación para la Salud en la Escuela 2016*, un documento con el objetivo de facilitar el desarrollo de programas y proyectos educativos eficaces y efectivos en el entorno escolar, contribuyendo en la mejora de la salud de las comunidades educativas y de la sociedad.

El Plan adopta el concepto de Escuela Promotora de Salud entendida como (Gutiérrez y cols., 2016, p.13) (Figura 2):

“Un Centro Educativo que refuerza constantemente su capacidad como lugar saludable para vivir, aprender y trabajar; impulsa la mejora de la salud del alumnado, del profesorado y personal del centro, de las familias y la comunidad; refuerza la autoestima del individuo; ofrece múltiples oportunidades de desarrollo; reconoce los logros personales y comunitarios; favorece las relaciones interpersonales de calidad y promueve el desarrollo personal y social”



* El currículo oficial hace referencia a los contenidos de EpS incluidos en el programa oficial que se imparte en las aulas.

** Es la cultura de la escuela, que apoya y refuerza lo que se enseña en el aula. Formada por los valores y actitudes presentes en la organización, el clima y el funcionamiento de las escuelas.

*** La educación es una tarea compartida por todos. La comunidad escolar, las familias y los profesionales de la salud han de formar parte y colaborar en el desarrollo de las actuaciones de EpS.

Figura 2: Elementos y Principios de la Escuela Promotora de Salud.

Fuente: Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2016).

La transformación de esta meta en acciones concretas requiere la participación y el consenso de todos. Para ello, se encomendó a profesionales de los ámbitos sanitarios y educativos, entre otros, la especificación de los aspectos que se han de conseguir, es decir, la definición de objetivos (Figura 3):

| | |
|----------------------------|--|
| OBJETIVOS GENERALES | <ol style="list-style-type: none">1. Impulsar el desarrollo en los centros docentes no universitarios, antes de junio de 2010, de los contenidos de educación para la salud establecidos en los Decretos de Currículo vigentes en la Comunidad Autónoma².2. Poner a disposición de la comunidad educativa, antes de finalizar junio de 2010, de forma progresiva, los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la EpS en la escuela.3. Establecer, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria, así como las pautas de coordinación necesarias para el desarrollo cooperativo de la educación para la salud en la escuela.4. Implantar, a lo largo de la vigencia del Plan, la formación en promoción y educación para la salud.5. Desarrollar y mantener, antes de junio de 2010 las líneas de investigación de relevancia para hacer efectiva la educación para la salud en los centros docentes no universitarios. |
|----------------------------|--|

Figura 3: Objetivos generales del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| Objetivo General | Objetivos Específicos |
|---|--|
| <p>1 Impulsar el desarrollo en los centros docentes no universitarios, antes de junio de 2010, de los contenidos de educación para la salud establecidos en los Decretos de Currículo vigentes en la Comunidad Autónoma.</p> | <p>1.1. Definir, antes de diciembre de 2005, los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Infantil y Primaria.</p> <p>1.2. Definir, antes de diciembre de 2005, los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Secundaria Obligatoria.</p> <p>1.3. Incorporar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los objetivos, contenidos, metodología y evaluación de las intervenciones de salud en los centros docentes.</p> <p>1.4. Favorecer, a lo largo de la vigencia del Plan, el desarrollo de los contenidos de la EpS en los centros docentes no universitarios.</p> |
| <p>2 Poner a disposición de la comunidad educativa, antes de finalizar junio de 2010, de forma progresiva, los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la EpS en la escuela.</p> | <p>2.1. Poner en marcha, antes de diciembre de 2005, un Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.</p> <p>2.2. Definir, antes de junio de 2007, los criterios para la elaboración, distribución, utilización y evaluación de los materiales de promoción y educación para la salud.</p> <p>2.3. Elaborar y distribuir, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los recursos didácticos para el profesorado y el alumnado de aquellos contenidos de salud que se incluyan en los currículos.</p> <p>2.4. Elaborar y distribuir, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los recursos didácticos para profesionales socio-sanitarios de aquellos contenidos de salud que se incluyan en los currículos.</p> <p>2.5. Elaborar y poner a disposición de las familias, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los materiales para facilitar su participación en el proceso educativo de sus hijos.</p> <p>2.6. Ofrecer, a lo largo de la vigencia del Plan, una página electrónica regional de promoción y educación para la salud a través de internet.</p> |
| | <p>Facilitar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, el establecimiento de las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria que favorezcan el desarrollo de la Educación para la Salud. Designar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los interlocutores de EpS en las estructuras de referencia. Establecer, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, las medidas de coordinación interinstitucional en el ámbito central, intermedio y local que favorezcan su desarrollo.</p> <p>Regular, antes de junio de 2008, las pautas de coordinación que permitan la cooperación en el desarrollo de actividades extraescolares u otras ofertas a los centros educativos.</p> <p>Instaurar, antes de junio de 2007, los procedimientos de mejora de participación de las familias para el desarrollo de la EpS.</p> |
| <p>5 Desarrollar y mantener, antes de junio de 2010, las líneas de investigación de relevancia para hacer efectiva la educación para la salud en los centros docentes no universitarios.</p> | <p>Establecer las bases para la inclusión, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, de la Promoción y Educación para la Salud en los currículos de las titulaciones universitarias de las Ciencias de la Salud y de la Educación. Instaurar, antes de junio de 2008, la formación postgrado o especializada de los profesionales de la educación y de la salud.</p> <p>Establecer, antes de junio de 2008, la formación continuada de los profesionales de la educación y de la salud.</p> <p>Llevar a cabo actividades formativas de promoción y</p> <p>5.1. Investigar los patrones de las conductas y los factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia.</p> <p>5.2. Conocer, antes de junio de 2007, la metodología e instrumentos pedagógicos utilizados para la EpS en la escuela.</p> <p>5.3. Analizar, antes de junio de 2008, los factores sociales y culturales de los profesionales docentes, sanitarios, familias y otros agentes que influyen en el desarrollo de la EpS.</p> <p>5.4. Determinar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, otras líneas de investigación en función de las variables que se muestren influyentes en el desarrollo de la EpS y/o en la evolución de las conductas de los escolares.</p> |

Figura 4: Objetivos específicos del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

Adenda del Plan de Educación para la Salud en la Escuela, 2016. Estrategias de intervención.

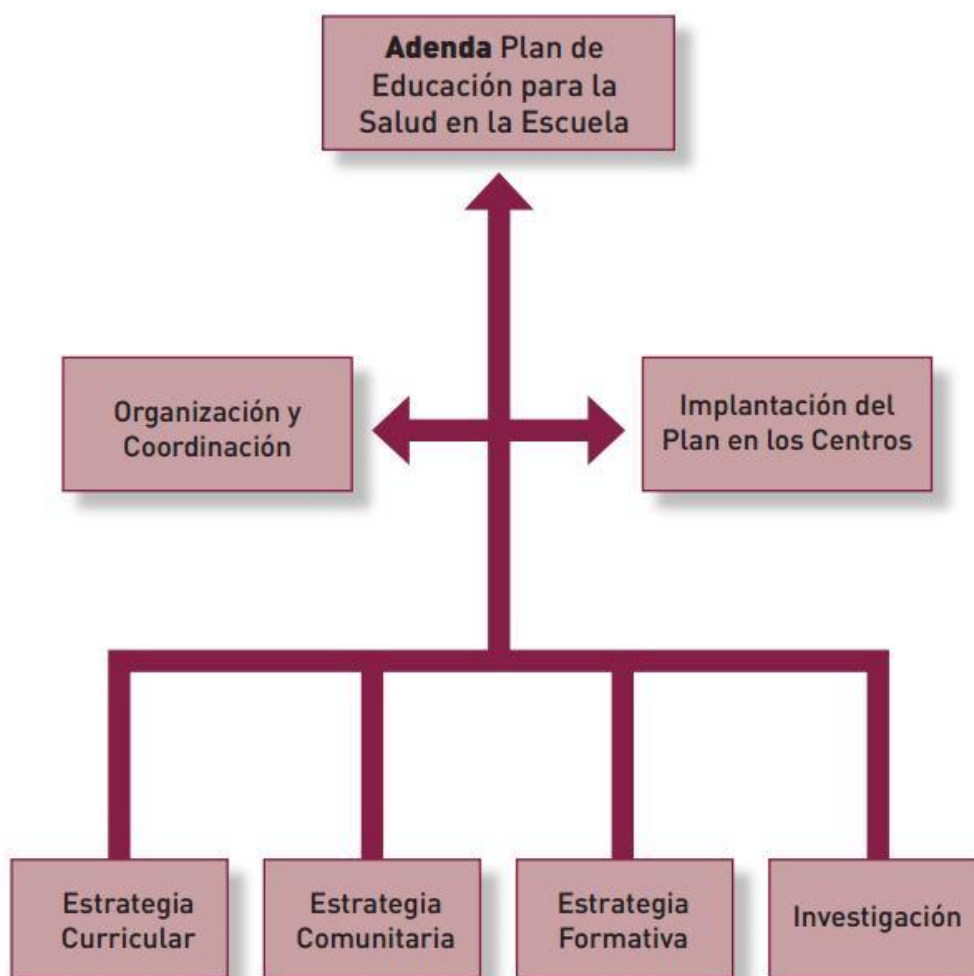


Figura 5: Adenda del Plan de Educación para la Salud en la Escuela, 2016.
Fuente: Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2016).

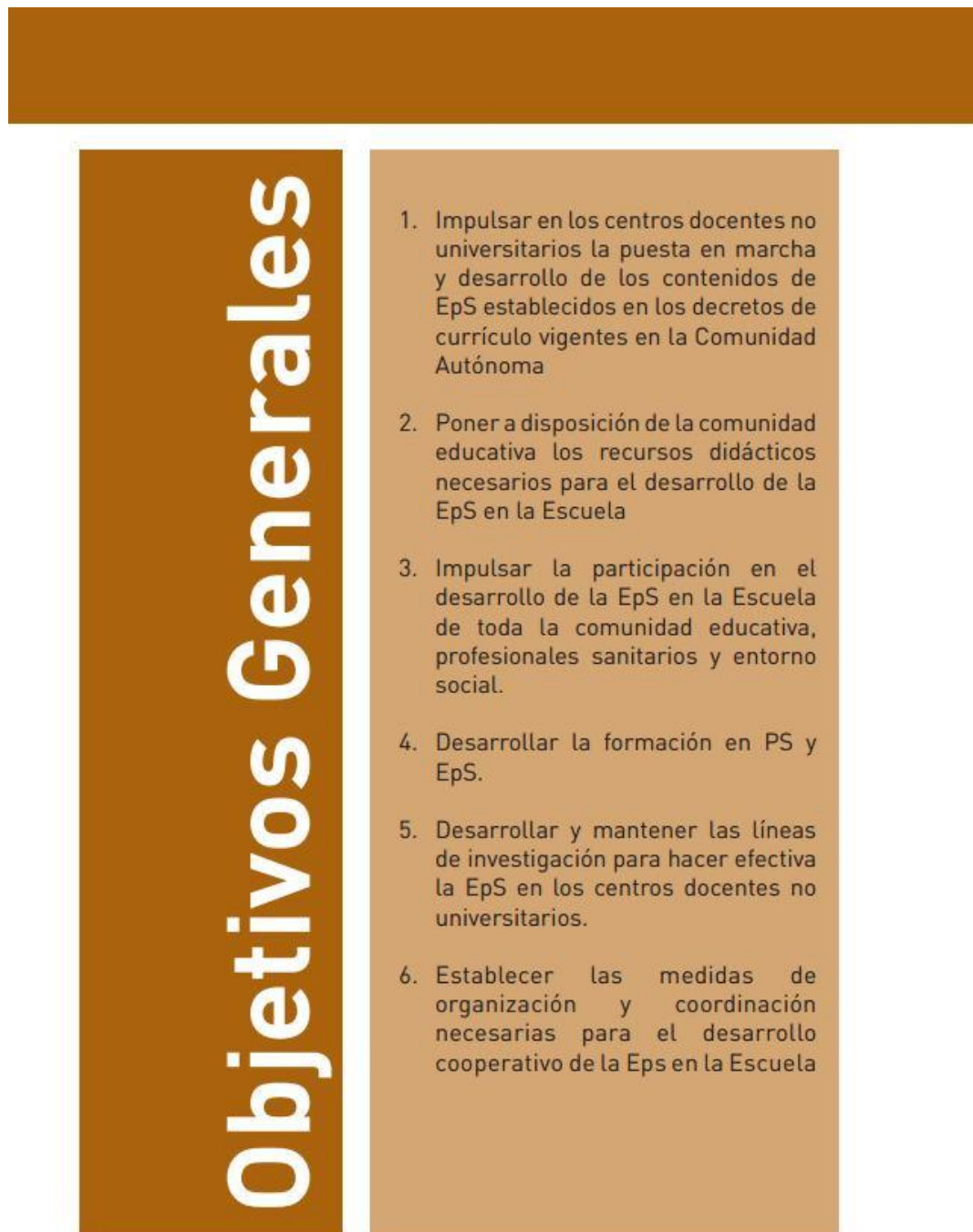


Figura 6: Objetivos Generales de la Adenda del Plan de Educación para la Salud en la Escuela, 2016. Fuente: Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2016).

Estrategia para la implantación del Plan en los centros

Mediante esta estrategia se pretende proporcionar a los agentes promotores de salud herramientas que faciliten la puesta en marcha y el desarrollo de programas estables de promoción y educación para la salud en los centros docentes de la Región de Murcia.

Objetivo General 1: Impulsar la puesta en marcha y desarrollo en los centros docentes no universitarios de los contenidos de educación para la salud (EpS) establecidos en los decretos de currículo vigentes en la Comunidad Autónoma.

| Objetivos Específicos | |
|---|---|
| <p>1.1 Actualizar los objetivos, contenidos ⁶, metodología y evaluación de las intervenciones de EpS en las Etapas de Educación Infantil y Primaria.</p> | <p>1.1.1. Constitución de un grupo de trabajo multisectorial y multidisciplinar que revise y elabore un documento actualizado de las Intervenciones de EpS en las Etapas de Educación Infantil y Primaria, en relación con los objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación.</p> <p>1.1.2. Publicación y difusión de dicho documento a los centros docentes que imparten enseñanzas de Educación Infantil y Primaria</p> |
| <p>1.2 Actualizar los objetivos, contenidos ⁶, metodología y evaluación de las Intervenciones de EpS en la Etapa de Educación Secundaria Obligatoria.</p> | <p>1.2.1. Constitución de un grupo de trabajo multisectorial y multidisciplinar que revise y elabore un documento actualizado de las Intervenciones de EpS en la Etapa de Educación Secundaria Obligatoria, en relación con los objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación.</p> <p>1.2.2. Publicación y difusión de dicho documento a los centros docentes que imparten enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria.</p> |

⁶ Definir y priorizar los contenidos educativos más importantes en cada etapa educativa de acuerdo a los resultados de la evaluación del Plan y a la evidencia científica.

Figura 7: Estrategia de implantación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| | |
|---|--|
| <p>1.3 Incorporar los objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación de las intervenciones de educación para la salud en los centros docentes.</p> | <p>1.3.1. Nombramiento en cada centro escolar de un Coordinador de EpS, que pertenezca al equipo docente.</p> <p>1.3.2. Constitución, en cada centro docente, de un equipo de trabajo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determine y analice la situación de salud en su centro. • Incorpore la EpS (objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación) en su Proyecto Educativo y en sus Programaciones Docentes. • Dinamice la EpS en su centro. <p>1.3.3. Elaboración, en cada centro docente, de un proyecto de EpS que responda a sus necesidades y con la participación, a ser posible, de toda la comunidad educativa. Estos proyectos deberán ajustarse a criterios de eficacia y calidad de las intervenciones de EpS en la Escuela.</p> |
| <p>1.4 Favorecer el desarrollo de los contenidos de EpS en los centros docentes no universitarios.</p> | <p>1.4.1. Elaboración del documento: <i>“Pautas para desarrollar la educación para la salud en la Escuela: criterios para la elaboración de un proyecto eficaz”</i>. Publicación y difusión a los centros.</p> <p>1.4.2. Dinamización y difusión de la Red de Experiencias de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia.</p> <p>1.4.3. Implantación y difusión de un Sistema de Registro de Buenas Prácticas en Promoción y Educación para la Salud en la Escuela.</p> <p>1.4.4. Publicación periódica de convocatorias para promover el reconocimiento de los centros docentes adscritos al Plan de EpS.</p> |

Figura 8: Estrategia de implantación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| | |
|---|---|
| | 1.4.5. Unificación y promoción de los criterios de identificación de los centros docentes adscritos al Plan de EpS en la Escuela. |
| <p>1.5 Establecer un tratamiento prioritario, en relación con la promoción y la EpS, a los centros docentes de atención educativa preferente ⁷.</p> | 1.5.1. Oferta de apoyo especial y asesoramiento específico a estos centros en materia de promoción y educación para la salud. |

⁷ Son considerados Centros de Atención Educativa Preferente aquellos que presenten necesidades de actuación educativa derivadas de las condiciones personales, familiares y sociales del alumnado, así como de las características geográficas, socioeconómicas y socioculturales del lugar donde estén ubicados los centros educativos, según Orden de 30 de diciembre de 2015, de la Consejería de Educación y Universidades, por la que se regulan los puestos y centros docentes de atención educativa preferente en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (BORM 12 de enero de 2016).

Figura 9: Estrategia de implantación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

Estrategia Curricular

Con la finalidad de facilitar el desarrollo transversal de los contenidos de salud en los currículos escolares de los distintos niveles y etapas educativas.

Objetivo General 2: Poner a disposición de la comunidad educativa los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la EpS en la Escuela.

| Objetivos Específicos | |
|--|--|
| <p>2.1 Potenciar el Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.</p> | <p>2.1.1. Dotación de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su funcionamiento, mantenimiento y promoción.</p> <p>2.1.2. Contratación por la Consejería de Sanidad de un enfermero/a (técnico de salud pública) para el desarrollo de las funciones propias dentro del Centro de Recursos (orientación en metodología de programación y evaluación de intervenciones, información sobre programas, apoyo a la coordinación, etc.)</p> <p>2.1.3. Revisión, actualización y publicación del Catálogo de Materiales de Promoción y Educación para la Salud.</p> |
| <p>2.2 Actualizar los criterios para la elaboración de materiales de promoción y educación para la salud (PyEpS).</p> | <p>2.2.1. Constitución de un grupo de trabajo multisectorial y multidisciplinar que revise y actualice los criterios utilizados para elaborar materiales de PyEpS.</p> <p>2.2.2. Elaboración de un documento que recoja las características que deben reunir los materiales de PyEpS.</p> <p>2.2.3. Edición, publicación y difusión a los centros.</p> |

Figura 10: Estrategia curricular del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| | |
|---|---|
| <p>2.3 Actualizar los procedimientos sobre distribución y utilización de los materiales de PyEpS en los centros docentes.</p> | <p>2.3.1. Constitución de un grupo de trabajo multisectorial y multidisciplinar que revise y actualice los procedimientos seguidos para la distribución y utilización de los materiales.</p> <p>2.3.2. Proporcionar formación a los profesionales para la utilización correcta de los materiales curriculares elaborados.</p> |
| <p>2.4 Establecer la metodología para la evaluación de la calidad de los materiales e intervenciones de EpS.</p> | <p>2.4.1. Establecer un procedimiento o protocolo de actuación para la valoración de materiales e intervenciones por la Comisión de Coordinación en materia de Educación para la Salud.</p> <p>2.4.2. Desarrollo de una herramienta de fácil aplicación (test o check-list) que permita evaluar la calidad de los materiales e intervenciones o propuestas educativas de EpS.</p> |
| <p>2.5 Potenciar el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la elaboración de los materiales de PyEpS.</p> | <p>2.5.1. Difusión de materiales, metodología y recursos educativos relacionados con la promoción y la EpS a través de la página Web y del Blog de Promoción y Educación para la Salud.</p> <p>2.5.2. Publicación de un Boletín Electrónico de Promoción y Educación para la Salud.</p> |
| <p>2.6 Elaborar y distribuir los recursos didácticos para profesorado y alumnado de los contenidos de salud que se incluyan en los currículos.</p> | <p>2.6.1. Determinación y priorización de las necesidades existentes por áreas y niveles educativos destinatarios.</p> <p>2.6.2. Calendarización de la elaboración, edición, difusión y distribución de los recursos didácticos priorizados</p> |

Figura 11: Estrategia curricular del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| | |
|--|---|
| <p>2.7 Elaborar y distribuir los recursos didácticos para profesionales sociosanitarios de los contenidos de salud que se incluyan en los currículos.</p> | <p>2.7.1. Determinación y priorización de las necesidades existentes.</p> <p>2.7.2. Calendarización de la elaboración, edición y distribución de los recursos didácticos priorizados.</p> |
| <p>2.8 Elaborar y poner a disposición de las familias los materiales para facilitar su participación en el proceso educativo relacionado con la salud de sus hijos.</p> | <p>2.8.1. Determinación y priorización de las necesidades existentes.</p> <p>2.8.2. Calendarización de la elaboración, edición y distribución de los recursos didácticos priorizados.</p> |
| <p>2.9 Poner en marcha la página Web de Promoción y Educación para la Salud.</p> | <p>2.9.1. Diseño y puesta en marcha de una página electrónica de educación para la salud en la Escuela.</p> <p>2.9.2. Promoción de la utilización de la página electrónica de educación para la salud en la Escuela.</p> <p>2.9.3. Actualización periódica de la página electrónica de promoción y educación para la salud.</p> <p>2.9.4. Contratación por la Consejería de Sanidad de un informático para el desarrollo y mantenimiento de la página Web, el boletín, el Blog y la Red de Experiencias de EpS en la Escuela.</p> |

Figura 12: Estrategia curricular del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

Estrategia Comunitaria

Constituye las líneas de actuación dirigidas a favorecer el desarrollo comunitario de la educación para la salud en el ámbito educativo propiciando la participación de administración autonómica y local, servicios sanitarios, familias, medios de comunicación, organizaciones científicas y otros organismos vinculados a la investigación y promoción de la salud escolar.

Objetivo General 3: Impulsar la participación en el desarrollo de la educación para la salud en la Escuela de toda la comunidad educativa, profesionales sanitarios y entorno social

| Objetivos Específicos | |
|--|--|
| <p>3.1 Desarrollar estrategias que favorezcan la participación de los profesionales en el desarrollo de los proyectos educativos de los centros docentes.</p> | <p>3.1.1. Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar y multiprofesional que proponga actuaciones que favorezcan la participación de los profesionales.</p> <p>3.1.2. Establecimiento de compromisos con las instituciones relacionadas con la promoción y EpS para favorecer el desarrollo de la EpS en la Escuela.</p> <p>3.1.3. Revisión y actualización de las funciones de los diferentes órganos y componentes de la estructura escolar y sanitaria relativas al desarrollo de la educación para la salud en la escuela, atendiendo a los cambios producidos en los últimos años.</p> |
| <p>3.2 Promover estrategias y actividades para favorecer el desarrollo de Estructuras de Participación Social a nivel municipal o por zonas básicas de salud.</p> | <p>3.2.1. Constitución de grupos de trabajo multidisciplinarios y multiprofesionales a nivel municipal o por zonas básicas de salud para dinamizar el desarrollo de la EpS en el ámbito comunitario.</p> <p>3.2.2. Elaboración de un documento que recoja el procedimiento de actuación conjunta para la puesta en marcha y desarrollo de Estructuras de Participación Social.</p> <p>3.2.3. Edición, publicación y difusión.</p> |

Figura 13: Estrategia comunitaria del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| | |
|---|---|
| <p>3.3 Revisar y difundir los criterios que deben regir las intervenciones de PyEpS en los centros educativos.</p> | <p>3.3.1. Revisión y difusión de la <i>"Orden Conjunta para la regulación de las actividades de EpS ofertadas a los centros docentes no universitarios por instituciones ajenas a los mismos y en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia"</i>.</p> |
| <p>3.4 Proponer a los medios de comunicación criterios de buena práctica en relación con la EpS.</p> | <p>3.4.1. Propuesta a los medios de comunicación de criterios de buena práctica en relación con la educación para la salud, con el fin de favorecer el desarrollo de la misma.</p> |
| <p>3.5 Establecer estrategias y actividades para favorecer la participación de las familias en la EpS de sus hijos.</p> | <p>3.5.1. Puesta en marcha, desde la Administración Regional, de procedimientos de colaboración con asociaciones y federaciones de AMPA, para facilitar su participación en el desarrollo del Plan.</p> |
| <p>3.6 Establecer alianzas entre las administraciones públicas y otros sectores sociales relacionados con el desarrollo de la EpS en el escenario educativo.</p> | <p>3.6.1. Proposición de convenios de colaboración con los colegios profesionales relacionados con la educación y la salud.</p> <p>3.6.2. Creación de una asociación profesional de promoción y educación para la salud.</p> |

Figura 14: Estrategia comunitaria del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

Estrategia Formativa

Pretende actuar sobre la formación de grado y postgrado de los profesionales docentes y sanitarios, así como en la formación de las familias y de otros sectores y profesionales implicados.

Objetivo General 4: Desarrollar la formación en Promoción y Educación para la Salud (PyEpS)

| Objetivos Específicos | |
|--|--|
| Formación de Grado | |
| <p>4.1 Promover la inclusión de los contenidos de PyEpS en los Planes de Estudios de las titulaciones universitarias de Ciencias de la Salud y de la Educación, especialmente en las titulaciones de Grado en Medicina, Enfermería, Pedagogía, Educación Infantil y Educación Primaria.</p> | <p>4.1.1. Análisis de los objetivos y contenidos de PyEpS de las titulaciones universitarias de Ciencias de la Salud y de la Educación, a través del Grupo de Formación sobre Promoción y Educación para la Salud del Proyecto Universidad Saludable.</p> <p>4.1.2. Definición de los objetivos y contenidos curriculares de PyEpS de las titulaciones universitarias de Ciencias de la Salud y de la Educación, así como la identificación de las titulaciones en las que esta materia ha de ser ofertada como materia troncal u optativa.</p> <p>4.1.3. Propuesta de inclusión de la PyEpS como materia troncal u optativa en las titulaciones universitarias de Ciencias de la Salud y de la Educación, especialmente en las de Medicina, Enfermería, Pedagogía, Educación Infantil y Educación Primaria.</p> |

Figura 15: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| Formación Especializada | |
|--|---|
| <p>4.2 Incluir la formación en PyEpS en el Máster Universitario en Formación del Profesorado y otras actividades formativas de especialización universitaria.</p> | <p>4.2.1. Propuesta de inclusión de la PyEpS como asignatura común en todas las especialidades del Máster Universitario en Formación del Profesorado.</p> |
| <p>4.3 Promover en las Instituciones Universitarias de la Región de Murcia la organización de actividades de formación especializada en PyEpS, especialmente dirigidos a profesionales de los ámbitos de la salud y la educación.</p> | <p>4.3.1. Disposición de los criterios que ha de reunir la formación especializada en PyEpS respecto a la metodología, contenidos, modalidades y destinatarios.</p> <p>4.3.2. Proposición de actividades formativas especializadas en PyEpS en las titulaciones universitarias de Ciencias de la Salud y de la Educación, especialmente en las de Medicina, Enfermería, Pedagogía, Educación Infantil y Educación Primaria.</p> |
| <p>4.4 Desarrollar periódicamente cursos de formación de formadores en Educación para la Salud en la Escuela.</p> | <p>4.4.1. Análisis de los criterios que debe reunir la formación de formadores en PyEpS respecto a la metodología, contenidos, modalidades y destinatarios.</p> <p>4.4.2. Cuantificación de la necesidad de formadores (número y titulación) para el desarrollo de la PyEpS en la Escuela.</p> <p>4.4.3. Realización de un curso de formación de formadores en PyEpS en la Escuela con una periodicidad determinada por las necesidades detectadas en el punto 4.4.2 o al menos un curso cada 3 años.</p> |

Figura 16: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| Formación Continuada | |
|--|--|
| <p>4.5 Propiciar la formación conjunta de los profesionales docentes y sociosanitarios así como la acreditación de la misma.</p> | <p>4.5.1. Establecimiento de acuerdos de colaboración con las distintas instituciones (SMS, Consejerías, Función Pública) que permitan la formación conjunta de los profesionales en PyEpS, así como su acreditación y certificación.</p> |
| <p>4.6 Proponer la inclusión de la PyEpS como una línea de formación preferente para los profesionales docentes y sociosanitarios.</p> | <p>4.6.1. Proponer a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS) la inclusión de la formación en PyEpS en el Plan de Formación Sanitaria de la Región de Murcia.</p> <p>4.6.2. Proponer a la Dirección General responsable en materia de formación del profesorado de la Consejería de Educación y Universidades, la inclusión de actividades formativas de PyEpS en la Escuela en el Plan de Formación del Profesorado de la Región de Murcia.</p> <p>4.6.3. Proponer formación específica para los centros docentes de atención educativa preferente, según sus necesidades.</p> |
| <p>4.7 Incluir los contenidos de PyEpS en los cursos de formación de los funcionarios en prácticas en los diferentes Cuerpos Docentes (maestros, profesorado de ESO, profesorado técnico de FP, dirección e inspección de educación.)</p> | <p>4.7.1. Propuesta a la Dirección General correspondiente en la Consejería de Educación para que los contenidos de PyEpS estén presentes en los cursos de formación de los funcionarios en prácticas en los diferentes Cuerpos Docentes.</p> |

Figura 17: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| | |
|--|--|
| <p>4.8 Introducir la formación sobre la puesta en marcha y desarrollo en los centros docentes del Plan de EpS en la Escuela para Equipos Directivos e Inspectores de Educación.</p> | <p>4.8.1. Convocatoria de una actividad de formación anual sobre la puesta en marcha y desarrollo en los centros docentes del Plan de EpS en la Escuela.</p> |
| <p>4.9 Llevar a cabo periódicamente jornadas multidisciplinares y multiprofesionales de intercambio de experiencias y buenas prácticas en PyEpS.</p> | <p>4.9.1. Desarrollo de una jornada anual multidisciplinar y multiprofesional de intercambio de experiencias y buenas prácticas en PyEpS.</p> |
| <p>Formación de las familias</p> | |
| <p>4.10 Promocionar, organizar y desarrollar la puesta en marcha de Escuelas de Madres y Padres en PyEpS.</p> | <p>4.10.1. Desarrollo de actividades de formación dirigidas a madres y padres en colaboración con las asociaciones de madres y padres de la Región de Murcia.</p> <p>4.10.2. Promoción de la puesta en marcha de Escuelas de Madres y Padres en PyEpS.</p> |

Figura 18: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

Estrategia de Investigación

Objetivo General 5: Desarrollar y mantener las líneas de investigación para hacer efectiva la EpS en los centros docentes no universitarios.

| Objetivos Específicos | |
|--|---|
| <p>5.1 Investigar los patrones de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia.</p> | <p>5.1.1. Evaluación de los actuales instrumentos de medida utilizados en la investigación de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares y aplicar las modificaciones que, en su caso, correspondan.</p> <p>5.1.2. Aplicación de un cuestionario para medir las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares en 2016 y en períodos sucesivos de cuatro años que incluya las siguientes variables: actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales, autovaloración del estado de salud y consumo de medicamentos, higiene y salud bucodental, alimentación, relaciones personales, tiempo libre y descanso, conductas relacionadas con los accidentes, información sobre salud, sexualidad y uso de anticonceptivos.</p> |

Figura 19: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| | |
|--|---|
| <p>5.2 Analizar y evaluar la metodología e instrumentos pedagógicos utilizados para la PyEpS en la Escuela.</p> | <p>5.2.1. Investigación de la metodología educativa utilizada actualmente en PyEpS en los centros docentes de la Región.</p> <p>5.2.2. Investigación de la metodología educativa utilizada actualmente por los profesionales sanitarios en PyEpS en los equipos de Atención Primaria de la Región.</p> |
| <p>5.3 Analizar los factores sociales y culturales de los profesionales docentes, sanitarios, familias y otros agentes que influyen en el desarrollo de la EpS en la Escuela.</p> | <p>5.3.1. Análisis y evolución de los constructos de los profesionales de la enseñanza con respecto a la EpS en la Escuela.</p> <p>5.3.2. Análisis de los constructos de los profesionales sanitarios de los equipos de Atención Primaria sobre la EpS en la Escuela.</p> <p>5.3.3. Estudio para analizar las variables que determinan la participación de las familias en EpS y formular propuestas que aumenten su participación.</p> |
| <p>5.4 Determinar y favorecer otras líneas de investigación en función de las variables que se muestren influyentes en el desarrollo de la EpS y/o en la evolución de las conductas de los escolares.</p> | <p>5.4.1. La Comisión de Coordinación en materia de educación para la salud en la Escuela establecerá el procedimiento para definir posibles líneas de investigación.</p> <p>5.4.2. Convocatoria conjunta de becas para favorecer la investigación en PyEpS entre profesionales docentes y sociosanitarios.</p> <p>5.4.3. Convenio con las Instituciones Universitarias de la Región de Murcia para desarrollar líneas de investigación en PyEpS (trabajos fin de grado, de máster, etc.)</p> |

Figura 20: Estrategia formativa del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

Estrategia de organización y coordinación

Objetivo General 6: Establecer las medidas de organización y coordinación necesarias para el desarrollo cooperativo de la educación para la salud en la Escuela.

| Objetivos Específicos | |
|---|--|
| <p>6.1 Actualizar y promulgar, en su caso, una Orden Conjunta entre las Consejerías de Sanidad y de Educación y Universidades para la coordinación de la EpS en la Escuela que sustituya a la actual Orden Conjunta.</p> | <p>6.1.1. Revisión, modificación y promulgación de una Orden Conjunta entre las Consejerías de Sanidad y Educación para la Coordinación de la EpS en la Escuela que sustituya a la actual Orden de 29 de diciembre de 2005 para la coordinación de competencias relativas a la educación para la salud en centros docentes no universitarios. La mencionada orden contemplará, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de las funciones y número de miembros de la Comisión. • Posibilidad de formación de grupos específicos en el seno de la Comisión. • Proponer a las respectivas Consejerías la conveniencia de dar carácter vinculante a determinadas decisiones tomadas en su seno. • Periodicidad de reuniones y calendario de actuaciones. • Nombramiento de un Comité Técnico para la dirección, desarrollo y seguimiento del Plan. |

Figura 21: Estrategia de organización y coordinación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

| | |
|---|--|
| <p>6.2 Facilitar el cumplimiento de la Orden que regula las actividades de EpS ofertadas a los centros docentes no universitarios.</p> | <p>6.2.1. Realización de un protocolo que permita a la Comisión de Coordinación en materia de EpS validar las actividades de PyEpS.</p> <p>6.2.2. Elaboración y publicación de Guías de Buenas Prácticas en PyEpS en la Escuela.</p> |
| <p>6.3 Actualizar las funciones de los diferentes órganos y componentes de la estructura escolar y sanitaria, relativas al desarrollo de la EpS en la Escuela.</p> | <p>6.3.1. Revisión y actualización de los nombramientos de los coordinadores de EpS en los distintos escenarios de intervención.</p> |
| <p>6.4 Definir y actualizar protocolos de actuación conjunta entre los distintos actores implicados en el desarrollo de la EpS en la Escuela.</p> | <p>6.4.1. Realización de un procedimiento de actuación para facilitar la coordinación de los centros docentes con los equipos de Atención Primaria.</p> <p>6.4.2. Realización de un procedimiento de actuación para facilitar la coordinación en el desarrollo de actividades de prevención en centros docentes o relacionados con el alumnado escolarizado con patologías crónicas.</p> |

Figura 22: Estrategia comunitaria del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010). Fuente: Gutiérrez y cols., 2005.

3.5. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMO IMPULSOR DE CONOCIMIENTOS EN SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

Podemos afirmar, tras lo introducido en los anteriores capítulos, que en relación al tema del estudio, los entornos sanitario y educativo, poseen intereses comunes en cuanto a la Promoción y la Prevención de la Salud. Además encontramos que el profesional de enfermería tiene un interesante papel como agente de la salud, teniendo plena responsabilidad en el desarrollo de todas las capacidades y competencias planteadas en las leyes de educación desde el entorno de Atención Primaria (AP) o bien, desde el propio centro educativo, para toda la comunidad escolar (Fontanet, 2007) (Guillén, 2014).

Ese interés trae consigo la necesidad de colaboración entre ambos profesionales, tanto del campo de la Enseñanza como de la Sanidad, para así proporcionar al alumnado las herramientas necesarias con las que podrán manejar su salud, más aún si hablamos de un enfermo crónico, en el que la vigilancia y control diario se acentúa todavía más. Para ello, se concibe necesaria una estrecha colaboración de ambos sectores de la salud y la educación, y así asesorar al alumnado en materia de salud, favoreciendo la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables; lo que sin duda fortalecerá la comunidad en la que vivimos desde su raíz (Lozano, 2005).

El profesional de enfermería es el encargado de asumir las tareas de cuidar, acompañar, enseñar y aconsejar a personas, a sus familias y a la comunidad donde viven, a lo largo de toda la vida, y lo hacen mediante los cuidados. El artículo 53 del Real Decreto 1231/2001 de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería, incluido en el Boletín Oficial del Estado (2001), expone que (BOE, 2001; art. 53):

“[...] los servicios de enfermería tienen la finalidad de prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital, y en sus procesos de desarrollo [...]”.

Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana (Nasser, 2011).

En la etapa de la Educación Primaria se establecen los pilares que soportarán todos los conocimientos de los alumnos sobre hábitos de vida saludable y sobre su

concepción de la salud. Como indica Pérez (2007), esa edad es el periodo idóneo para promocionar y prevenir los aspectos sanitarios, por lo que el entorno escolar es ideal para llevar a cabo de forma efectiva la EpS.

Como hemos hablado en capítulos anteriores, en 1994, el Ministerio de Educación intentó facilitar e impulsar que las escuelas integraran mediante EpS la adhesión a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Posteriormente en el Preámbulo de la ley 1/1994, de 28 de marzo, de Salud Escolar, expone (BOE, 1994; p.1):

[...] "la educación para la salud realizada en el ámbito de la comunidad escolar complementa la socialización de comportamientos y la adquisición de hábitos que favorece una mejor calidad de vida y capacita a cada uno de los individuos y a todo el colectivo para mejorar su salud y aumentar el control de ésta [...]"

El objetivo de la citada ley es adaptar el papel educador que tiene la escuela para incluir en todos los ámbitos en los campos de la salud y el consumo, para que la salud escolar responda a la concepción de la escuela como ambiente de vida y trabajo, y como lugar de promoción de salud y formación en un estilo de vida saludable. Para conseguir estos objetivos, esta normativa de salud, establece que debe existir una estrecha colaboración entre las instituciones y profesionales de la sanidad y de la docencia (Guillen, 2013).

Los niños, desde edades bien tempranas se incorporan a la escuela con el fin de formarse a través de los años, para constituir parte en el futuro de la sociedad. Es, pues en los centros educativos donde pasarán un considerable número de horas de sus vidas. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los menores, así como sus necesidades asistenciales tanto para aquellos niños con patología crónica, aguda, pluripatología, así como la cobertura de urgencias que se pueden dar tanto internamente o externamente en el horario lectivo que se dan en las guarderías, escuelas ordinarias y escuelas de educación especial (Guillén, 2013).

Debería ser un derecho dar respuesta a todas éstas necesidades que se generan a consecuencia del estado de salud, integrando al alumno de forma natural en el entorno escolar y facilitándole su aprendizaje. De ello también se desprende una mayor percepción de seguridad en el profesorado y en los padres. Para conseguir este fin, sin duda alguna, la enfermera escolar es el profesional más

capacitado para desarrollar el cuidado y vigilancia de los escolares; así mismo puede dar respuesta en la salud a toda la comunidad educativa, teniendo en cuenta el entorno social y familiar (Guillén, 2013).

3.5.1. Definición y rol de la Enfermera Escolar

3.5.1.1. Definiciones Internacionales

La primera definición de la enfermera escolar la realizó la National Association of School Nurse (NASN) en 1999, la cual definió la enfermería escolar como (NASN, 1999; web):

“una práctica especializada de la profesión enfermera que persigue el bienestar, el éxito académico y la promoción de la salud en la vía de los estudiantes”.

Con esta finalidad, las enfermeras escolares fomentan la responsabilidad positiva de los alumnos para un desarrollo normal, promoviendo la salud y la seguridad; intervienen en problemas de salud potenciales y actuales; realizan gestión de casos y colaboran activamente con toda la comunidad escolar para construir la capacidad de adaptación de los estudiantes a la familia, su gestión, apoyo y aprendizaje (NASN, 1999).

En Francia, donde hace unas décadas que la enfermera escolar desempeña su trabajo, fue definida por la Société Française de Santé Publique Accueil (SFSP, 2004 p.web):

“Las enfermeras escolares son aquellas que tienen como ámbito de actuación la salud de los niños y adolescentes en las escuelas. Éstas ejercen actividades de prevención y promoción de la salud, tienen local y se integran en el entorno escuelas”. Sus actividades se dividen en:

- Tareas fijas (visitas médicas, entrevistas con las familias, vacunas, pruebas, administración de medicación...).
- Por mandato educativo deben promover la ampliación de la salud y estrictamente definidas en sus términos, así como situaciones diversas imprevisibles (emergencias, sucesos de malestar social, integridad física y psicológica, integración de los niños con discapacidad...)

Actualmente cabe destacar la definición que se hace desde la Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF) que define la enfermería escolar como (ANMF, 2012; p.web):

“Una práctica especializada de enfermería profesional que promueve el bienestar, el éxito académico y el logro de los estudiantes a lo largo de toda la vida. Intervenir con problemas reales y potenciales de salud, proveer servicios de manejo de casos y colaborar activamente con otros para fortalecer la capacidad de adaptación, autogestión, auto-promoción y aprendizaje de los estudiantes y la familia”

En 2017, el presente año, la Junta Directiva de la NASN, la cual tiene un rol de asociación guía para otras asociaciones a nivel mundial, ha redefinido el concepto tal que (NASN, 2017; p.web):

“La enfermería escolar, una práctica especializada de enfermería, protege y promueve la salud del estudiante, facilita el desarrollo óptimo y avanza el éxito académico. Las enfermeras escolares, basadas en la práctica ética y basada en la evidencia, son las líderes que unen la atención médica y la educación, proveen coordinación de cuidado, promueven la atención centrada en el estudiante y colaboran para diseñar sistemas que permitan a las personas y comunidades desarrollar todo su potencial”

3.5.1.2. *Definiciones Nacionales*

A nivel Estatal, la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3), en el II Congreso Nacional de en Enfermería y Salud Escolar definió la profesión de la enfermera escolar cómo (SCE3, 2009; p. web):

“[...] un profesional que cuenta con un título oficial universitario de enfermería y dispone de una formación adicional académica y/o profesional de postgrado en enfermería escolar [...]”

Además incluye en esta definición qué caracteriza el desarrollo de su labor (SCE3, 2009; p. web) (Anexo):

“[...] profesional de enfermería que realiza su trabajo en el ámbito escolar, prestando atención y cura de la salud en la comunidad educativa y que por hacer esto ha recibido una formación específica y complementaria en su proceso formativo. Su objetivo es contribuir en el pleno desarrollo y

maximizando el bienestar físico, mental y social de ésta comunidad, teniendo que estar integrada en la misma, y en su consecuencia presente en el centro educativo durante todo el horario escolar [...].”

La Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE), en el 2010, también define a la enfermera escolar como (AMECE, 2010; p.web):

“[...] el profesional que, dentro del ámbito del Centro Educativo y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia a los alumnos de modo directo, integral o individualizado. En los colegios además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud [...].”

La Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar (ACISE), en 2014, realizó una búsqueda bibliográfica y contactó directamente con algunas asociaciones internacionales de dicho ámbito, con el fin de actualizar la definición de enfermería escolar, adaptándolo al entorno y contexto actuales. Su definición señala (ACISE, 2014; p. web):

“La enfermera escolar es un/a enfermero/a de práctica avanzada, que por su formación y experiencia presenta un perfil adecuado para desarrollar plenamente los roles competenciales de la enfermera escolar. Con la finalidad del cuidado, la prevención y la promoción de la salud, principalmente de los niños/ñas y adolescentes, desde su primera infancia (guarderías), infancia (en las escuelas ordinarias) y preadolescentes y adolescentes (Institutos). Todo ello sin olvidar al resto de miembros que componen la comunidad educativa (profesores, padres, AMPAS,...), y teniendo en cuenta el entorno social de la comunidad a donde pertenece la escuela. El objetivo a corto plazo es conseguir un estado óptimo de salud para los estudiantes, así como prepararlos para el auto empoderamiento de su salud en la edad adulta”

Podemos destacar en estas definiciones que todas las asociaciones nacionales o autonómicas de nuestro país hay un concepto similar y éste es que el desarrollo de su labor va a estar incorporada dentro del entorno educativo y relacionada con todos los miembros de la comunidad escolar (alumnos, padres, profesores y

servicios sanitarios), además de ser el responsable del control y seguimiento de la salud.

3.6. Rol de la Enfermera Escolar

Se puede integrar la figura de la enfermera escolar dentro de la disciplina enfermera, ya que su rol y actividades se establecen de acuerdo a las cuatro funciones generales constituidas dentro de la profesión enfermera, como son: asistencial, docente, investigadora y de gestión.

El marco legislativo donde se encuadran todas estas funciones se expone en estas dos normativas:

En el segundo apartado del Artículo 7 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) donde se recoge (BOE, 2003; art. 7):

“[...] corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades [...]”.

Además, en el Artículo 52 del Real Decreto 1231/2001 por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la actividad profesional de enfermería (BOE, 2001; p. 52):

“[...] se considera que el ejercicio de la profesión de enfermería abarca, a título enunciativo, el desarrollo de funciones asistenciales, investigadoras, de gestión y de docencia [...]”.

El rol de la enfermera mayoritariamente lo situamos en el contexto asistencial, y en la mayoría de los casos en las áreas asistenciales hospitalarias o de Atención Primaria. Pero una de las áreas competenciales donde este perfil podría tener un desarrollo pleno es en el campo de la promoción de la salud hacia la comunidad y especialmente, dentro del entorno escolar (Guillén, 2013).

Enfermería aporta profesionales de la salud con gran experiencia, altamente cualificadas para educar en la promoción de la salud a niños y adolescentes, además de velar y cuidar a toda la comunidad educativa. Por su formación y experiencia, tiene el perfil adecuado para desarrollar de forma satisfactoria las

diferentes funciones establecidas, así como las habilidades necesarias para proporcionar servicios de salud a la escuela y el entorno sociofamiliar.

Los objetivos de la enfermera escolar van más allá del cuidado de la salud, puesto que las enfermeras, también trabajan en la prevención y promoción de la salud enfocada a los alumnos de los centros escolares, teniendo en cuenta a todos los miembros de la comunidad escolar (padres, profesores, AMPAS) y el entorno social al cual pertenece.

Por tanto, el objetivo a corto plazo es lograr un estado de salud óptimo para todos los estudiantes, incidiendo desde la infancia hasta la adolescencia, en los hábitos y conductas saludables, que son más fácil de adquirir desde las primeras etapas de la vida y que influirán en el empoderamiento en el cuidado de su propia salud y disminuyendo conductas de riesgos en la edad adulta, así como de enfermedades provocadas por hábitos no saludables (Soler, 2014).

En 2009, Ávila et al., componentes de la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3), definieron el perfil profesional de la enfermera escolar, haciendo referencia a estas cuatro funciones principales (asistencial, docente, gestora e investigadora) englobando en cada una de ellas las características comunes a la enfermería y las exclusivas del ámbito educativo (SCE, 2009; p.web) (Nasser, 2011); (Guillén, 2013); (Véase Anexo 1).

- *Funciones en el ámbito asistencial*

La función de la enfermera escolar es prestar atención y cuidados de salud integrales al alumno y resto de comunidad escolar formada por padres, madres, docentes y personal no docente, en el desarrollo del ejercicio autónomo de su profesión. Y se sirve del método científico para, a través del Proceso de Enfermería: valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de salud a la comunidad educativa:

Las actividades de la enfermera escolar, intrínsecas a la función asistencial se orientan a:

- a) Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud de la comunidad educativa.
- b) Identificar y valorar las necesidades de salud y los cuidados que requieren los individuos, considerando los aspectos biopsicosociales.

- c) Realizar la actividad asistencial en función de las necesidades de cuidados detectadas y actuar según protocolos validados científicamente.
- d) Realizar los pertinentes planes de atención de enfermería a los alumnos que lo requieran, basados en los diagnósticos enfermeros.
- e) Actuar ante emergencias o incidencias que surjan durante el horario escolar.
- f) Administrar los tratamientos y medicaciones prescritos por profesionales médicos, a los escolares que lo requieran, previa autorización por escrito.
- g) Control y seguimiento del alumnado con enfermedades crónicas en colaboración con las familias, facultativos y demás miembros del equipo de salud.
- h) Controles antropométricos para valorar el índice de obesidad infantil.
- i) Prevenir y detectar de forma precoz los principales problemas de salud más prevalentes en la edad escolar. Dentro de este ámbito la enfermera colaborará estrechamente con la dirección y gabinete psicopedagógico del centro en los casos en los que se detecten problemas de salud emocionales y/o psicológicos.
- j) Coordinación de los distintos exámenes de salud escolar: vacunación, revisiones bucodentales, podológicas, etc.
- k) Supervisar el equilibrio de la alimentación ofrecida por el comedor escolar participando en la Comisión de Comedor, para la evaluación mensual de los menús y adecuación de éstos a los alumnos con necesidades alimentarias especiales.
- l) Asesorar como especialista en el marco sanitario a toda la comunidad escolar en la Consulta de Enfermería.
- m) Derivar al alumno al centro sanitario cuando se considere necesario con previo aviso a los padres o tutores del alumno.
- n) Diseñar, implementar y evaluar los protocolos específicos y guías de acción para la práctica de la enfermería en el ámbito escolar.

- o) Participar activamente en el equipo interdisciplinar que conforma la comunidad educativa, aportando la visión de experto en el área que le compete.
- p) Trabajar colaborativamente y coordinarse con los Equipos de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud, para desarrollar varias actividades de las enumeradas anteriormente.

- *Funciones en el ámbito docente*

Esta función comprende un conjunto de actividades educativas y formativas dirigidas al alumnado, profesorado, padres y madres de los alumnos, así como el resto de profesionales y trabajadores de la comunidad educativa. Por lo tanto, Las actividades que desarrolla la enfermera escolar dentro de la función docente van a estar dirigidas a educar y proporcionar herramientas a la comunidad escolar para la adquisición de hábitos saludables, tales como:

- a) Promover la salud y la adquisición de hábitos saludables y habilidades que favorezcan las conductas saludables a través de los programas de Educación para la Salud (EpS) dirigidos a toda la comunidad escolar.
- b) Formar a madres, padres y asociaciones de AMPAS sobre los problemas frecuentes en el centro educativo (enfermedades transmisibles, prevención de accidentes, etc.), cómo prevenirlos y en general, fomentar unos hábitos saludables desde el ámbito familiar participando en la Escuela de Padres.
- c) Colaborar en la formación de profesionales y trabajadores de la comunidad educativa (personales de comedor, educadores, maestros, equipo directivo, etc.) desarrollando seminarios y talleres sobre hábitos de vida saludables.
- d) Trabajar colaborativamente con el equipo docente y el claustro de profesores para integrar la salud en todas las materias de manera transversal.
 - a. Colaborar con el tutor en el desarrollo de unidades didácticas en materia de EpS.
 - b. Formar al profesorado en el aprendizaje de habilidades que faciliten la adquisición y mantenimiento de conductas saludables.
 - c. Valorar e identificar las necesidades educativas especiales del alumno en los aspectos sanitarios

- d. Aportar información y orientaciones sobre aspectos médicos relevantes: tratamientos, procesos patológicos, enfermedades degenerativas, etcétera, encaminadas a normalizar su proceso educativo. Enseñar cuidados básicos ante posibles situaciones de riesgo del alumnado.
 - e. Contactar con sanitarios externos al centro. (En ocasiones resulta importante el asesoramiento de profesionales e instituciones externas al centro educativo: especialistas médicos, instituciones y servicios sanitarios. El personal de enfermería será el encargado de coordinar estas intervenciones, y deberá recoger en este sentido la información que le aporte el tutor y que considere importante.)
 - f. Participar en reuniones de tutoría. (Reuniones trimestrales que el tutor del alumno por ley tiene que establecer con las familias, y en las que el personal de enfermería debe participar siempre que lo considere necesario).
- e) Educar al alumnado que padece enfermedades crónicas y al resto de alumnos en autocuidados.
- a. Enseñar las medidas y pautas correctas de: alimentación, higiene corporal, higiene ambiental, reconocimiento y prevención de accidentes, así como de las consecuencias que se pueden derivar y riesgos/precauciones a tener en cuenta.
 - b. Educación para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria y drogodependencias.
 - c. Fomentar el autocuidado dependiendo de sus capacidades con respecto a la cura de heridas, normas básicas de primeros auxilios, uso adecuado de la medicación y técnicas sanitarias específicas sanitarias (sondajes, aspiraciones, control de enfermedades crónicas, etc.)
- f) Realizar recomendaciones dirigidas a madres-padres, y personal docente y no docente sobre los procesos patológicos más comunes en la infancia y cómo prevenirlos.
- g) Explicar el proceso de la enfermedad, beneficios y ventajas de algunas pruebas diagnósticas, buen uso del sistema sanitario, etc.

- h) Aportar a la comunidad educativa una visión de la salud como un bien positivo que hay que cuidar cuando la persona está sana.
- i) Coordinación con los equipos directivos con el fin de elaborar programas formativos y de integración de centros docentes en la Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud.

- *Funciones de gestión*

A través de esta función se desarrolla la planificación, organización, dirección y control de todas las actuaciones y recursos.

Las actividades relacionadas con la función gestora son:

- a) Organización y manejo de la información sanitaria:
 - a. Realizar la historia de enfermería, con recogida y custodia de informes clínicos.
 - b. Recoger circulares elaboradas en el centro por el personal de enfermería, referidas a tratamientos médicos, alimentación, alergias, intolerancias, etc.
 - c. Registrar el diario de incidencias.
 - d. Realizar parte de incidencias de enfermería relevantes para la familia.
 - e. Elaborar fichas sistemáticas de evolución y seguimiento, en el alumnado que lo requiera.
 - f. Recoger y custodiar toda la información clínica enviada y transmitida por la familia.
 - g. Realizar la hoja de medicación con nombre del alumno, ciclo, fármaco, dosis y horario.
 - h. Registrar y actualizar la información sanitaria en base de datos a través de un registro informático común de enfermería escolar.
 - i. Registrar la información sanitaria relevante en el Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC) y plan de tránsito.
 - j. Realizar circulares sobre alergia, intolerancias, medicación y problemas relevantes y distribuirlos por ciclos a través del

coordinador, al responsable de actividades extraescolares, a dirección y personal de cocina.

Para todas estas actividades, sería fundamental la creación de un sistema de información integrado y coordinado con el del Equipo de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud, para el registro de cada una de las intervenciones, y que pueda servir como Historia Clínica de ese niño.

- b) Organización de material y coordinación con Recursos Humanos.
 - a. Coordinar con el equipo profesional y directivo del centro escolar la planificación de la actuación enfermera, especialmente la relacionada con su función docente, incluyendo ésta en el Proyecto Educativo de Centro (P.E.C.) y en la Programación General Anual (P.G.A.)
 - b. Ser el referente de salud y el nexo de unión entre los diferentes organismos involucrados en la salud de los escolares (Centro de Atención Primaria, Servicio de Odonto-pediatría, Salud Pública, Unidad de Prevención Comunitaria, etc.) facilitando la puesta en marcha de los distintos programas de promoción de la salud que ofertan las Administraciones Públicas y Privadas.
 - c. Coordinar la actuación enfermera con los diferentes profesionales de los niveles asistenciales de salud que atienden a los alumnos/as (pediatra, y enfermera del centro de Atención Primaria, médico especialista, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) e incluso a través de los padres o tutores legales si fuera necesario.
 - d. Gestionar el proceso de atención, recopilación y almacenamiento de la información referente a los alumnos. Registro y actualización de las historias de salud de cada alumno/a garantizando la confidencialidad en base a la Ley de protección de datos vigente.
 - e. Supervisar la adecuada dotación del Servicio de Enfermería de los recursos materiales necesarios y su reposición.
 - f. Controlar y registrar todas las acciones desarrolladas a todos los niveles.

- *Función Investigadora*

Abordar con rigor metodológico el estudio de la realidad con el fin de ampliar y profundizar en el conocimiento enfermero y evaluar la práctica y sus efectos, definen esta función:

- a) Ampliar y profundizar en los conocimientos profesionales, desarrollando estudios científicos diversos con el fin de conocer los conocimientos, actitudes y hábitos de salud de los escolares, para así mismo, conocer la situación de partida y poder evaluar la actuación enfermera haciendo estudios comparativos posteriormente.
- b) Buscar soluciones a los problemas y situaciones de la profesión de enfermería, tratando de mejorar métodos y medios para elevar la calidad de atención, mediante la colaboración con grupos de investigación que trabajen dentro del campo del ámbito escolar.
- c) Generar nuevos conocimientos y enfoques innovadores para dar respuesta a las situaciones cambiantes de Salud.
- d) Colaborar con otros profesionales en las investigaciones que se lleven a cabo.
- e) Evaluar los resultados y el cumplimiento de los objetivos propuestos en la promoción de la Salud.
- f) Medir la satisfacción de los usuarios (alumnado, madres-padres y docentes) con el servicio de enfermería escolar, para conocer debilidades y mejoras.
- g) Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los escolares.
- h) Mejorar los recursos didácticos de EpS a través de métodos como el de la investigación-acción en el aula.
- i) Potenciar la formación en investigación.
- j) Fomentar la auto-evaluación de las enfermeras escolares a través de reuniones y dinámicas individuales y grupales.
- k) Difundir los resultados de los estudios a través de revistas científicas y participación en congresos.

3.6.1. Desarrollo actual de la figura de la Enfermera Escolar

3.6.1.1. *Ámbito internacional*

La enfermera escolar, no es una figura de nueva creación, sino que su concepto se remonta a hace más de un siglo de historia en Occidente. Existiendo desde el final del siglo XIX y principios del siglo XX en países como Reino Unido, Francia, Escocia, Suecia y Estados Unidos (ACISE, 2014).

La figura de la enfermera escolar nace en Londres en 1891, cuando el Dr. Malcom Moris, en el Congreso de Higiene y Demografía que se realizó en dicha ciudad, planteó los beneficios que aportaba el hecho de disponer de un profesional de enfermería que acudiera de manera regular a los centros de educación públicos para el control de la Salud de los Escolares. Debido a éste planteamiento, surge The London School Nurse Society (Sociedad de Enfermería Escolar Londinense) (SCE3, 2009).

En 1897, es en ese momento que se empiezan a introducir las primeras enfermeras en las escuelas inglesas. Con el análisis del ejercicio de estos profesionales y la valoración de sus resultados se llegó a la conclusión de la necesidad de aumentar el personal enfermero en los centros escolares. En 1899 se regula la profesión y se establece las funciones que estos profesionales llevarían a término en el ámbito escolar en el Reino Unido. En 1907 se crea el Servicio Médico de Salud (The School Medical Service) (ACISE, 2014).

En Estados Unidos, la enfermera Lilian Walde (1902) fue quien potenció esta figura; Walde, como enfermera visitadora encontró un niño a quien no admitían en la escuela porque tenía una enfermedad en el cuero cabelludo. Este incidente provocó que se introdujeran servicios de salud en las escuelas públicas de éste país. Fue en 1909 cuando en Estados Unidos, esta especialidad nace fruto de un estudio realizado por la Oficina de Salud de Detroit que demostraba la importancia de la enfermera dentro del contexto escolar de Boston (ACISE, 2014).

En 1917, se publica el primer libro documentado a cerca de ésta práctica enfermera: *The School Nurse: a Survey of the Duties and Responsibilities of the Nurse in Maintenance of Health and Physical Perfection and the Prevention of Disease Among School Children* (La Enfermera Escolar: un estudio de los Deberes y Responsabilidad de la Enfermera en Mantenimiento de la Salud y la perfección

Física y la Prevención de Enfermedades los escolares); su autora Lina Rogers Struther, considerada la primera enfermera escolar reconocida (NASN, 1999).

En Estados Unidos, la Asociación Nacional de Educación (1968) estableció el Departamento de Enfermeras Escolares (Department of Scholar Nurses, DSN), una asociación dedicada al avance de la práctica de enfermería escolar y la salud de los niños en edad escolar. En julio de 1969, el DSN celebró su primera reunión anual en Filadelfia. Su propósito último era mejorar la calidad de la enfermería escolar, mejorar las habilidades de las enfermeras escolares y fomentar las habilidades de todos los niños para tener éxito en el aula (NASN, 1999).

A lo largo de la década de 1970, cada estado estableció su propia asociación de enfermeras escolares bajo el paraguas del Departamento de Enfermeras Escolares. En 1974, el presidente Ford proclamó el cuarto miércoles de enero como Día Nacional de la Enfermera Escolar. Las enfermeras escolares son ahora reconocidas a nivel nacional y se celebran por contribuir a la salud y el bienestar de los estudiantes de la nación (NASN, 1999).

El DSN siguió expandiéndose hasta que finalmente en 1979, el grupo se convirtió en su propia entidad separada de la Asociación Nacional de Educación. La asociación nacional de las enfermeras de la escuela (NASN) fue incorporada ese año y sigue siendo, la asociación más grande de enfermeras de la escuela y el centro para las asociaciones afiliadas del estado. Así como una de las Asociaciones con más influencia a nivel mundial (NASN, 1999).

También encontramos en Canadá, enfermeras de Salud Pública que tienen como una de sus funciones estar dentro de las escuelas. Aún no existe una estrategia unitaria al respecto para todo el país. En 2012, la *Ordredes Infirmières et infirmiers du Québec* publicaron un documento denominado *Standards de Pratique pour l'Infirmière en Santé Scolaire*, con el fin de ordenar y unificar en 8 estándares las diferentes parcelas de trabajo de las enfermeras en las escuelas (A).

En Australia, la Australian Nursing & Midwifery Federation Victorina Branch, constituyen un grupo de enfermeras que trabajan en el entorno escolar, abarcando oficinas gubernamentales, escuelas católicas y escuelas independientes. Sus enfermeras escolares dan respuesta al desarrollo normal de los estudiantes, promoción de la salud y seguridad, intervienen en problemas reales o potenciales para la salud y proporcionan servicios de gestión de casos. Suelen depender del

departamento de educación, y trabajan con un programa de enfermería escolar de primaria y otro programa para enfermería escolar de secundaria (ANMF, 2012).

En Sudamérica, encontramos enfermeras escolares en países como: Panamá, Colombia, Argentina, Chile, Cuba, Puerto Rico (ACISE, 2014):

- En Puerto Rico, existe un programa de Enfermería Escolar que depende del Departamento de Educación y aplicado al escenario escolar, la enfermera es considerada el profesional que contribuye de forma específica a que los estudiantes, su entorno familiar y la comunidad escolar para adquirir hábitos y conductas que fomenten el auto-cuidado.
- En Colombia las enfermeras en las escuelas tienen la función principal de Educación y Promoción de la Salud a escolares y profesores, no están establecidas en los colegios.
- En Chile, existe la Sociedad Chilena de Enfermería y Salud Escolar (SOCHIESE). Es una corporación que reúne a Enfermeras interesadas en contribuir al adecuado desarrollo de la gestión del cuidado del escolar en el nivel primario de atención de salud, coordinado con las políticas públicas de salud y educación. Su misión fundamental es proveer de información actualizada y específica a sus asociados en el área de su competencia, en forma ágil y oportuna, como recurso indispensable para elevar el nivel científico técnico en todas las áreas de su desempeño. Velará por el adecuado nivel ético del ejercicio de la enfermería escolar, Participando así con el objetivo de mejorar el nivel de la salud escolar en el país.

En Europa la enfermera escolar está presente en países como: Francia, Alemania, Suiza, Suecia, Reino Unido, Finlandia y Noruega (ACISE, 2014):

- En Suecia, los Servicios de Salud Escolar tienen como principal objetivo vigilar, mantener y recuperar la salud social, mental y física de los alumnos, y son responsables de la distribución de recursos. Las enfermeras están integradas a tiempo completo dentro de las escuelas.
- En Francia, existe de forma reglada la figura de *L'infirmier(e) de l'Éducation Nationale*. El personal de enfermería depende del Ministerio de Educación Francés, que tiene como objetivo promover e implementar políticas de salud para todos los estudiantes que asisten a la escuela sobre prevención,

llevar a cabo acciones de higiene y seguridad, evaluaciones obligatorias cotidianas y atender alumnos y padres. Están reguladas sus funciones, al igual que la funciones de los médicos escolares por ley. Así mismo existe un sindicato *SNICS (Syndicate National de Infirmier (e) s Conseiller (e) r de Santé)*, que defiende el trabajo de sus enfermeras escolares en todo el territorio francés.

3.6.1.2. *Ámbito nacional*

En España, la Enfermería Escolar es un perfil emergente, con una trayectoria histórica relativamente tardía y lenta en su avance, pero que en las tres últimas décadas está siendo impulsada intensamente para la implantación en las escuelas. Según la comunidad autónoma en la que nos situemos podemos comprobar que están más o menos implantadas, en escuelas de educación especial y en escuelas ordinarias, tanto públicas o privadas. Siendo la Comunidad de Madrid dónde son más numerosas su presencia.

El primer libro documentado que hace referencia a la Sanidad Escolar es el *Tratado de la higiene escolar*, escrito por D. Pedro Alcántar García (1889), donde se habla de cuidados higiénicos, medicina en la escuela, enfermedades contagiosas, condiciones higiénicas de la escuela (Alcántar, 1889).

La primera referencia en la historia de la Enfermería Escolar la encontramos en el decreto del 23 de abril de 1915, con el que se instauró el Cuerpo de Auxiliares Sanitarias Femeninas de Medicina e Higiene Escolar, que consideraba en sus funciones un reglamento de la inspección médica escolar (ACISE, 2014).

En 1942, fue creado el cuerpo de enfermeras de la Falange Española Tradicionalista y de las JONS. Creó la titulación de enfermeras visitadoras que junto, más tarde, las enfermeras de Salud Pública (enfermeras del Gran Hospital y Auxilio Social, que pertenecía a la Dirección de Beneficencia), se hacían cargo de realizar consultas de puericultura, visitas a hogares y de higiene escolar. De ésta época podemos encontrar el manual de enfermería de Manuel Usaudizaga, que recoge en él la información didáctica sobre la higiene social, la puericultura y salud escolar.

La primera enfermera escolar en España se origina en Colegios Públicos de Educación Especial (CPEE), hace más de 30 años siendo el precursor el Instituto Nacional de Inválidos de Madrid.

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), puso en marcha el Grupo de Trabajo Enfermería en Salud Escolar (ENSE) con el objetivo de reivindicar la incorporación de Profesionales de Enfermería en todos los centros educativos no universitarios. Este Grupo llevaba años reivindicando la presencia de la Enfermera Escolar en centros educativos; figura incuestionable en otros países europeos, en colegios privados y de carácter extranjero, incluso en colegios públicos de algunas comunidades. Fruto de aquella inquietud en marzo del 2007 organizó bajo el amparo del CECOVA el I Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar, que tuvo lugar en Villajoyosa, donde se pretendía constituir el punto de partida y de encuentro de la enfermería escolar de todo el país, con el fin de la creación de una Asociación Nacional (SCE, 2009).

En octubre del 2008, desmarcándose del I Congreso Nacional organizado por ENSE y CECOVA, se fundó en Madrid la Asociación Madrileña de Enfermería de Centros Educativos (AMECE).

En el II Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar (Gandía, octubre de 2009) organizado por ENSE y CECOVA, se lleva a término la constitución de la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3), así como la definición y rol competencial de la enfermera escolar. En ésta cual se recogieron, a través de sus diversas mesas de trabajo, las aportaciones de diferentes enfermeros/ras escolares y otros profesionales sobre las diversas cuestiones que se abordaron. La constitución registral de la SCE3 fue del 2010. Y en el 2011, se realizó el III Congreso organizado por la SCE3 y CECOVA. De dicho congreso se cedió la organización del IV Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar a la vocalía catalana de la SCE3 (en concreto al Grupo de Trabajo de Girona).

Entre los diversos Congresos Nacionales organizados por ENSE-CECOVA-SCE3. La Asociación Madrileña de Enfermería de Centros Educativos empezó a presentar sus inquietudes en ésta disciplina, organizando diferentes jornadas y congresos autonómicos, en la comunidad de Madrid. Por ello en Junio del 2009 se realizan las II Jornadas Madrileñas de enfermería en el ámbito educativo y las 1ª de AMECE. Posteriormente realiza sus congresos de la Comunidad de Madrid. I Congreso en 2011, II Congreso en 2012 y III Congreso en 2015.

El Grupo de Trabajo por Girona de la SCE3. Era un grupo constituido por enfermeras y enfermeros que tenían sus inquietudes más allá de lo que en aquellos momentos se estaba realizando a nivel oficial en Cataluña (Programa Salud y Escuela), y que veían la necesidad de integrar la enfermera en las escuelas en todo el horario escolar para dar respuesta a las peticiones de desamparo que venían de toda la comunidad educativa (padres, AMPAS, profesorado...). Éste grupo estuvo desde los inicios nacionales, aportando su trabajo y colaboración. A título de ejemplo el Programa de Educación para la Salud en las Escuelas (PESE), se elaboró con la intención de ser una herramienta para la educación la salud igualitaria y equitativa en todo el territorio nacional (Soler, 2016).

La Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar (ACISE), es una asociación declarada de utilidad pública, constituida en Gerona el 26 de octubre del 2013. Nace fruto de la voluntad de transformación de la Asociación de Recerca Etnográfica aplicada calidoscopio, desde la cual se han realizado proyectos sanitarios de cooperación e investigación a nivel internacional, con la infancia y su entorno. Conjuntamente con profesionales del Grupo de Trabajo de Girona de la SCE-3, tomaron la decisión de agruparse para dar mejor cobertura en las necesidades en materia de salud escolar, dentro de Catalunya. Es por ese motivo, que en asamblea extraordinaria se decidió ampliar los objetivos y modificar los estatutos, los cuales incluyen el cambio de nombre, pasándose a denominar ACISE a partir del 2 de diciembre del 2014.

La última asociación que se ha constituido en España, ha sido la Sociedad Científica de Enfermería Escolar de Cantabria (SOCEEC), creada en el 2016, que con el apoyo de la Fundación de Enfermería de Cantabria y la Consejería de Sanidad de Cantabria inició un proyecto piloto en Enfermería Escolar realizando intervenciones y valorando resultados en cuatro centros educativos, llevado a término por dos enfermeros escolares. En febrero del 2017, han realizado su primer congreso.

No podemos olvidar, que la Región de Murcia, ha obtenido el reconocimiento de la indispensable necesidad en los colegios, y el gobierno de la Asamblea Regional de Murcia, aprobó el pasado 30 de diciembre de 2016, la incorporación inmediata de las enfermeras escolares, de forma progresiva a las escuelas de su comunidad a partir del curso escolar (2017-18) (BORM, 2016).

3.7. REALIDAD SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN ESPAÑA

3.7.1. Datos de población

La población española está compuesta por 46.468.102 de personas, de las cuales 4.821.948 son niños en edad escolar (3-12 años) estas cifras suponen un 10,38% de la población total de nuestro país. (INE, 2016).

Durante el actual curso académico, según datos publicados por el Ministerio de Educación y Cultura, en 2016, hubo una previsión de 8.117.122 alumnos escolarizados en cualquiera de las Enseñanzas de Régimen General no Universitarias, de éstos, 6.435.534 escolares están incluidos en las etapas de Educación Infantil y Educación Primaria de la educación ordinaria y 34.923 se encuentran escolarizados en centros educativos de Educación especial (Figura, 23) (MEC, 2016).

| | Previsión | Variación con curso anterior | |
|--------------------------------------|------------------|------------------------------|------------|
| | Curso 2016-2017 | Absoluta | % |
| TOTAL (1) | 8.117.122 | 8.238 | 0,1 |
| E. Infantil | 1.755.200 | -51.420 | -2,8 |
| Primer ciclo E. Infantil (2) | 443.517 | -975 | -0,2 |
| Segundo ciclo E. Infantil | 1.311.683 | -50.445 | -3,7 |
| E. Primaria | 2.925.134 | 671 | 0,0 |
| E. Especial | 34.923 | -65 | -0,2 |
| ESO | 1.899.019 | 30.435 | 1,6 |
| Bachillerato | 707.033 | 12.809 | 1,8 |
| Bachillerato (presencial) | 654.437 | 11.274 | 1,8 |
| Bachillerato a distancia | 52.596 | 1.535 | 3,0 |
| Formación Profesional | 783.251 | 15.723 | 2,0 |
| Ciclos Formativos FP Básica | 63.348 | 1.323 | 2,1 |
| Ciclos Formativos Grado Medio (3) | 357.554 | 7.328 | 2,1 |
| Ciclos Formativos Grado Superior (3) | 362.349 | 7.072 | 2,0 |
| Otros Programas Formativos | 12.562 | 290 | 2,4 |

(1) En el cálculo de la diferencia con el curso anterior se contabilizan 205 alumnos existentes en PCPI en el curso 2015-2016.
(2) Alumnado escolarizado en centros autorizados por las Administraciones Educativas.
(3) Incluye el alumnado del régimen presencial y a distancia. En el régimen a distancia se estima una matrícula de 28.288 alumnos en el Grado Medio y 50.148 en el Superior.

Figura 23. Previsión del número de alumnos en Enseñanzas de Régimen General no Universitarias. Curso 2016-2017. [Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte].

La Región de Murcia tiene una población de 1.464.847 habitantes de los que 178.517 están en edad escolar. En la ciudad de Murcia, encontramos 441.003 habitantes, de los que 51.071 son niños en edad escolar (3-12 años) (INE, 2016; INE, 2011).

3.7.2. Aspectos sociodemográficos relacionados con la salud

En la sociedad actual, están emergiendo patrones de hábitos saludables dentro de la población escolar. Estos cambios pueden estar acompañados de conductas de riesgo que inciden en su salud biopsicosocial de los niños. Los hábitos de este grupo poblacional no se han consolidado y están en constante cambio, tal y como lo hace la sociedad en general; lo que conlleva a forjar conductas con efectos devastadores en la conducta social del niño. La población infantil de nuestra sociedad están desarrollando patrones de actividad física sedentarios, ya que dedican más horas a estar delante del televisor o jugar con videojuegos, y menos horas a realizar actividades físicas activas (INE, 2006).

De la población infantil, el 17,6% de los niños y el 21,9% de las niñas no practica ningún tipo de ejercicio en su tiempo libre; el 16,6 % de los niños y el 15,2% de las niñas dedican más de 3 horas diarias a la televisión entre semana, y el 38,6% de los niños y niñas dedican más de 3 horas a la televisión en fin de semana. Además, el 51,9 % de los niños y el 36,6% de las niñas refieren dedicarle parte de su tiempo a videoconsolas, ordenador y/o internet (Figura 24. INE, 2006).

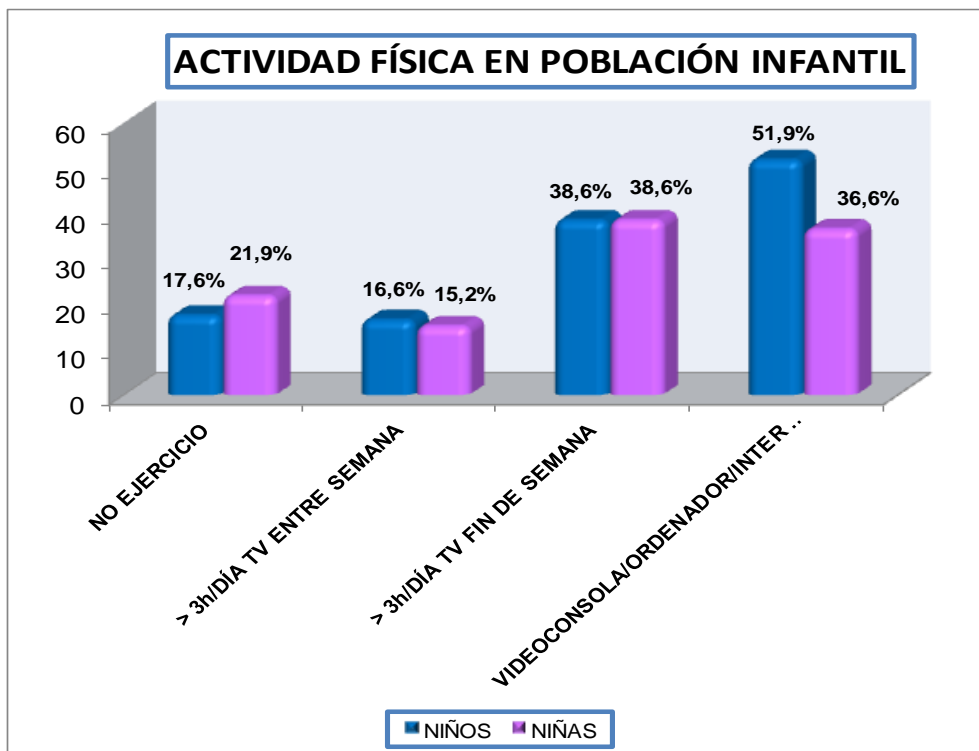


Figura 24. Actividad Física en la población infantil. Elaboración propia. INE, 2006

En cuanto a los hábitos de alimentación, solamente un 15,8% de la población infantil realiza diaria-mente un desayuno completo (lácteo u otro líquido, más fruta o zumos, más hidratos de carbono), mientras que el 1,8% no desayuna absolutamente nada (Figuras 25 y 26).

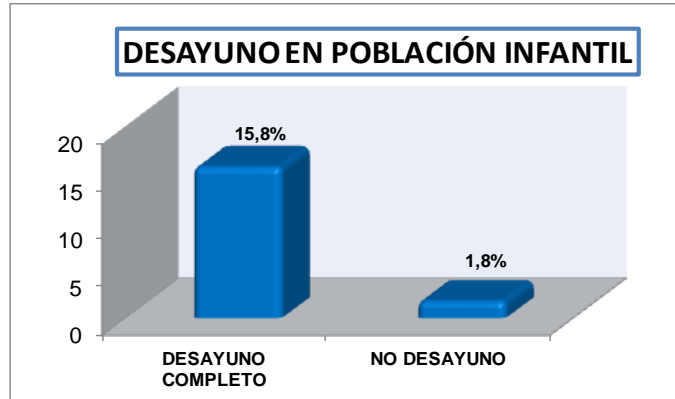


Figura 25. Hábitos de alimentación en la población infantil. Elaboración propia. INE, 2009

Se halla un importante problema en cuanto a la toma de un desayuno adecuado, teniendo en cuenta el gasto energético que conlleva la actividad física que tiene un alumno durante toda la etapa estudiantil. Se puede observar, en los datos recogidos en el último estudio del INE, en relación al tipo de desayuno y grupo de edad (Figura 26), que los niños y posteriormente los adolescentes, no desarrollan un hábito saludable en lo que respecta a ingerir un desayuno completo (INE, 2009; INE, 2014).

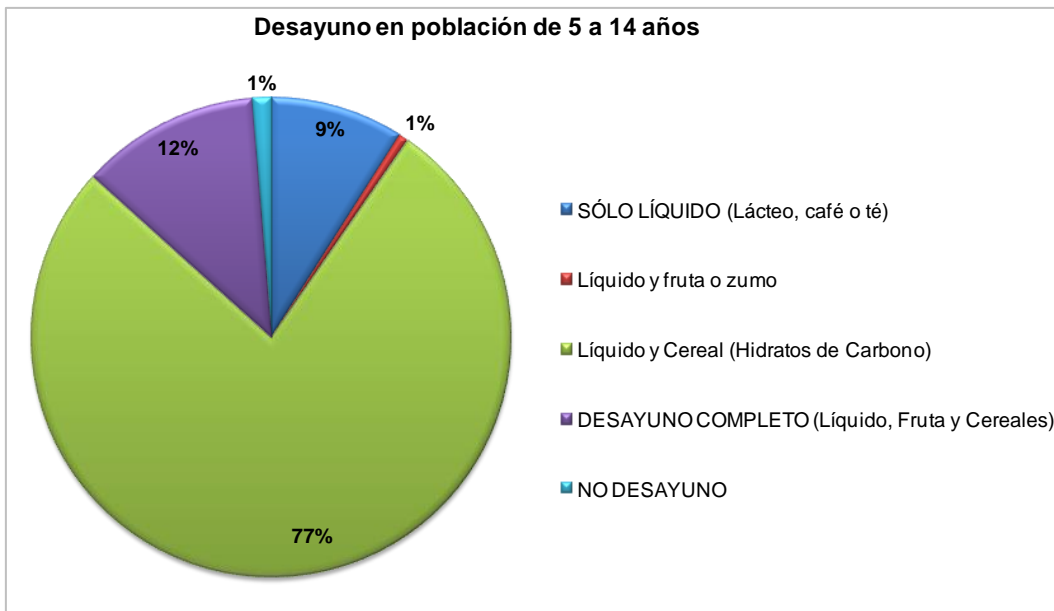


Figura 26. Desayuno en la población de 5 a 14 años. Elaboración propia. INE, 2014

La importancia del desayuno, más el patrón de consumo de alimentos y la práctica de ejercicio son algunos factores de riesgo que empujan hacia la obesidad infantil, donde el 27,6% de esta población presenta sobrepeso u obesidad (INE, 2009).

Al interpretar más profundamente estos datos, se observa un aumento considerable del porcentaje de alumnos que no desayunan nada al llegar a la adolescencia, y ese hábito lo mantienen hasta la edad adulta (Figura 27). Teniendo en cuenta que el desayuno se considera la comida más importante del día, el hecho de no realizarla supone un déficit de los requerimientos energéticos principales para el correcto desarrollo intelectual, y la mejor respuesta física, desde el principio del día. (INE, 2009)

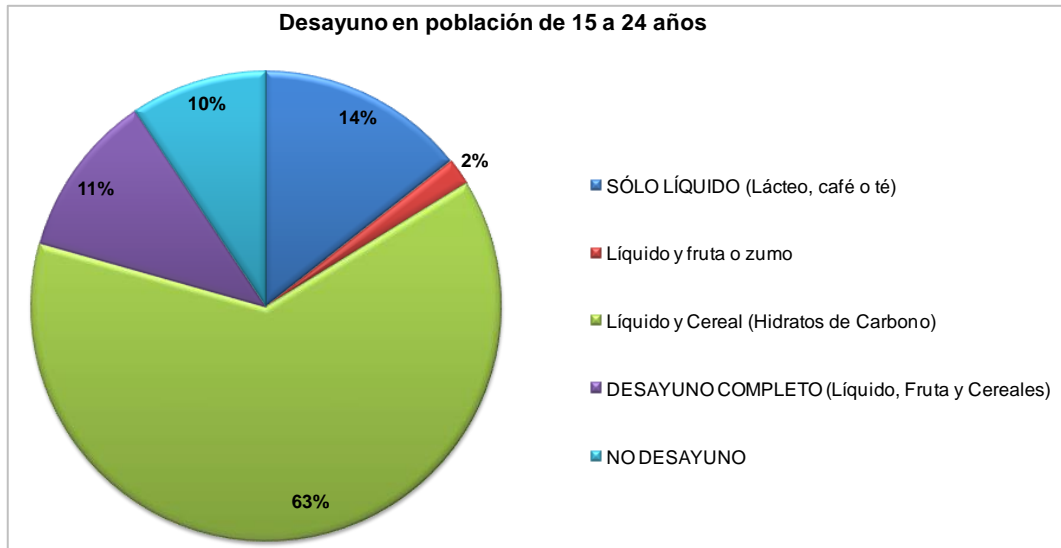


Figura 27. Desayuno en la población de 15 a 24 años. Elaboración propia. INE, 2014.

Este dato junto al aumento de los niveles de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes (Figura 28), demuestran que es necesaria una intervención urgente en EpS y en hábitos saludables, que expliquen la importancia del problema, su repercusión en el futuro y las consecuencias que puede acarrear en la sociedad de nuestro país.

Al mismo tiempo, se encuentra un alarmante aumento de alumnos con un peso insuficiente, determinado por la ausencia de un control sanitario adecuado en esta importante etapa del desarrollo (INE, 2012) (Figura 28).

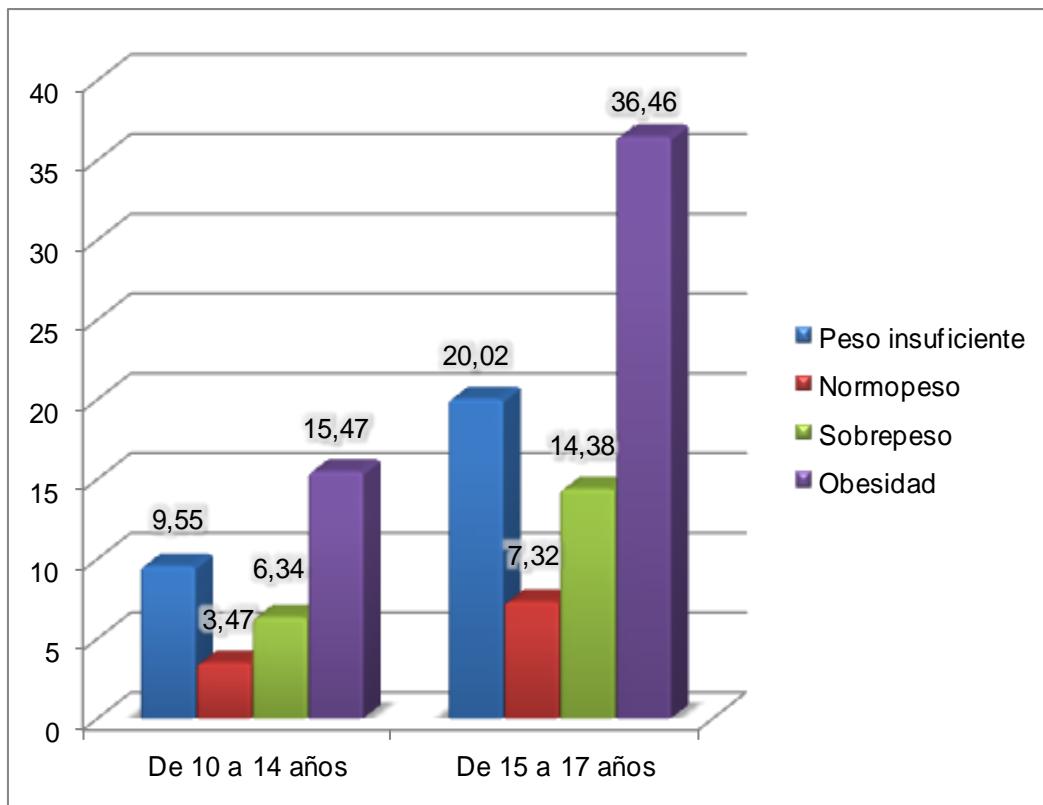


Figura 28. Porcentaje de Índice de Masa Corporal en niños/adolescentes. Elaboración propia. Encuesta nacional de salud 2011 – 2012.

Se debe considerar además, el hecho de que en el entorno educativo existen alumnos que puedan presentar alguna patología crónica, esta circunstancia supone un problema para el profesorado, debido a la falta de formación en temas de salud y primeros auxilios. En la (figura 29), se describen las enfermedades crónicas más comunes en la población escolar. Las principales son la alergia crónica (11,6% de los menores de 16 años), el asma (el 6,5%) y los trastornos de la conducta (el 1,95%) (INE, 2011).

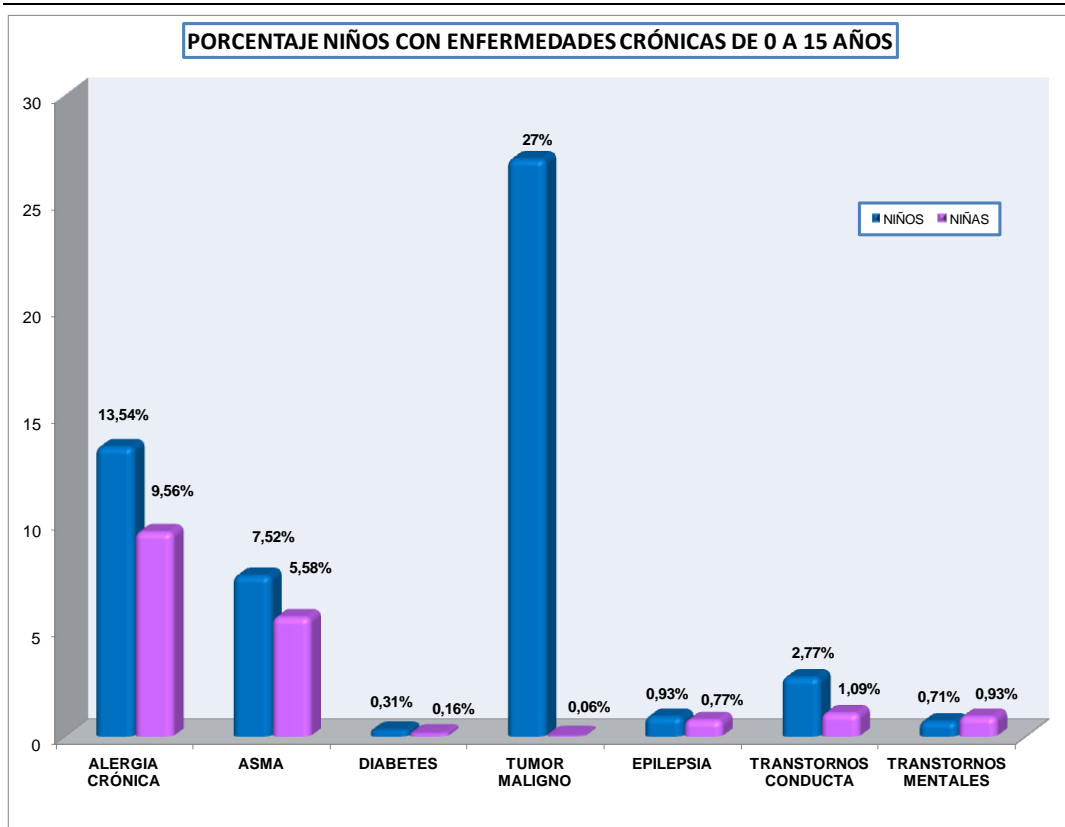


Figura 29. Porcentaje de Enfermedades crónicas en adolescentes Elaboración propia. INE, 2011

Otra cuestión que se debe abordar, dentro de los fundamentos que dan pertinencia a este estudio, es que los niveles de abandono educativo temprano españoles son motivo de creciente preocupación (Figura 30). Este aspecto, es señalado como uno de los problemas más graves del sistema educativo español, junto al rendimiento educativo de los estudiantes, al acabar la enseñanza obligatoria, del que informan regularmente los sucesivos informes PISA (Ministerio de Educación 2010; Villar et al. 2012). Ambos problemas están relacionados, ya que, como se verá, un menor rendimiento en la enseñanza secundaria obligatoria puede propiciar un mayor abandono temprano de los estudios.

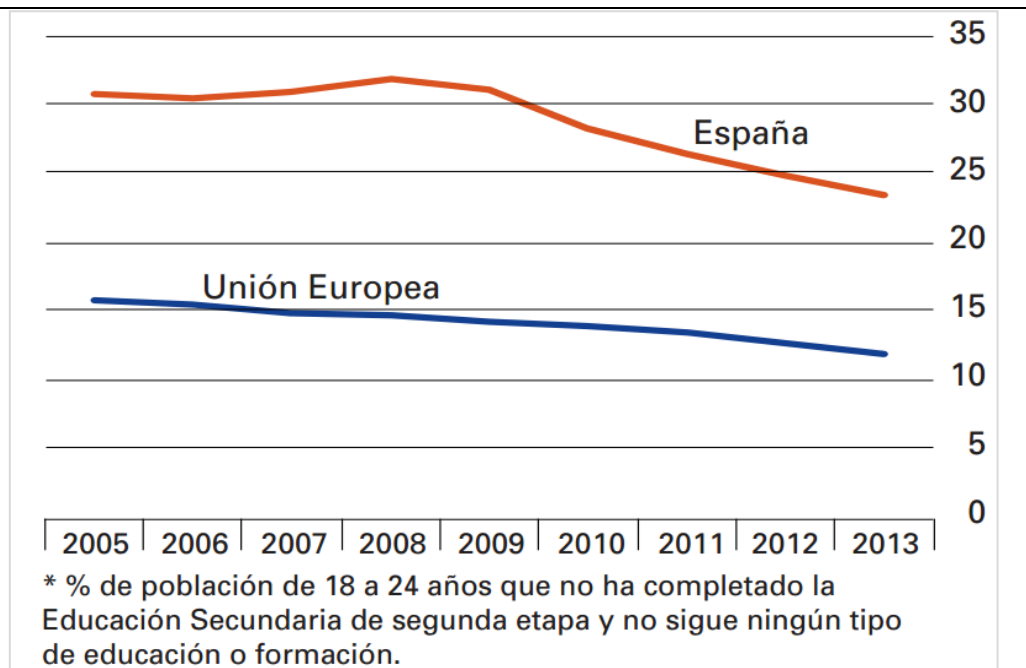


Figura 30. Porcentaje de abandono educativo temprano en España frente a la Unión Europea. Eurostat. INE, 2014

La preocupación por esta cuestión se explica por los previsibles efectos negativos del abandono, en términos de inserción en el mercado de trabajo y carrera laboral futura de las personas que abandonan, pero también en otros ámbitos donde, un mayor nivel de formación, está asociado a resultados en términos de mejor salud, mayor esperanza de vida, mejor calidad de vida, menor criminalidad, mayor difusión y prevalencia de los valores democráticos o una más intensa participación social (Lochner y Moretti 2004; Heckman y Lafontaine 2010; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE 2012).

La evaluación de los niños que sufren fracaso escolar se debe abordar desde una gran variedad de posibles factores contribuyentes. Los problemas de aprendizaje, retraso mental, el temperamento, problemas de conducta, dificultades de atención, cuestiones sociales o emocionales y las enfermedades crónicas, pueden contribuir a que existan dificultades de aprendizaje y de comportamiento, que desemboquen en el fracaso escolar del niño (Gifford, 2010).

Como indicamos en los capítulos anteriores, según la Red SHE, en Europa existe relación entre la buena salud, los resultados educativos y la finalización de los estudios. También indican que estas relaciones implican que la mejora en la

eficacia en un sector puede potencialmente beneficiar a otro sector, de forma que las escuelas sean un importante lugar, tanto para la educación como para la salud. Por tanto, existe una evidencia cada vez mayor de que los enfoques son más eficaces, cuando incluyen la EpS dentro de un modelo de escuela global (Monsalve, 2013).

El acceso a la salud y a los servicios sociales es extremadamente importante en estos grupos de niños, para que consigan tener éxito en su etapa escolar. Un estudio de la Universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos, demuestra que, en general, un 7% de los niños tienen alguna necesidad insatisfecha relacionada con la salud, y que esto los hace tres veces más propensos a tener un fracaso escolar (Gifford, 2010).

Por lo tanto, como indica Fernandez (2012), La salud escolar es un ámbito en el que se ha puesto la mirada por parte de muchos profesionales, debido a la alta prevalencia de niños y adolescentes que tienen problemas de desarrollo en el ámbito escolar, y a las graves consecuencias que de ello derivan.

Una vez expuestos los datos sociodemográficos y de salud, de la población infantil y adolescente, se puede afirmar que, esta población tiene necesidades en materia de salud que no pueden ser cubiertas por los padres o los profesores, sin la ayuda de los profesionales de la salud.

Se puede añadir además, que los docentes se ven sobrepasados e incapaces de tratar temas relacionados con la salud en el transcurso normal de las asignaturas, debido al ajustado tiempo del que disponen para impartir la materia. Según Juárez (2006), la EpS realizada en el ámbito de toda la comunidad educativa, complementa la socialización entre los distintos sectores, y la adquisición de hábitos que favorecen una mejor calidad de vida. Además, también capacita a cada individuo y a todo el colectivo, mejorando su salud y aumentando el control sobre ésta.

En definitiva, los profesionales de la salud poseen conocimientos sobre el rendimiento y el desarrollo del individuo en edad escolar, por lo que están capacitados para comprender sus particularidades. Así se amplía la oportunidad de desarrollar prácticas educativas, considerando la especificidad de cada edad (Vargas y Siston, 2007).

MATERIAL Y MÉTODOS

IV

IV - MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio, se empleó metodología cuantitativa.

El diseño de investigación se definió como un estudio experimental controlado. Este diseño comprendió varias fases: una primera fase de aproximación al entorno de forma descriptiva previa a la intervención; una segunda fase de intervención; una tercera fase de análisis tras la intervención y una fase final analítica-comparativa.

Se trató de un estudio de corte longitudinal y prospectivo. La longitudinalidad vino determinada por la realización de diversas mediciones o recogidas de datos en los individuos objeto de estudio. La característica de la prospección se identificó en el diseño del estudio ya que atendía a la consecución progresiva en el tiempo en la recolección de datos (5 meses).

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO, MUESTRA Y MUESTREO

4.2.1. Población de estudio y criterios de inclusión/exclusión

Definimos como población de estudio a la cohorte de niños escolarizados pertenecientes al último tramo de Educación Primaria (5º y 6º), escolarizados durante el curso académico 2016-2017 en la ciudad de Murcia, comprendiendo un rango de edad entre 9 y 11 años. La población de estudio consta de 15.317 niños (INE, 2017).

- *Criterios de Inclusión:*

- Alumnos escolarizados durante el curso 2016-2017.
- Alumnos que pertenezcan al último tramo de Educación Primaria en los centros educativos de la ciudad de Murcia.
- Alumnos escolarizados en centros de enseñanza pública y/o concertada.

- Alumnos escolarizados en centros adheridos al *Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia* en el presente curso académico (de cara al grupo control).
- Alumnos escolarizados en centros no adheridos al *Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia* en el presente curso académico (de cara al grupo experimental).

- *Criterios de exclusión:*

- Alumnos con negativa paternal para participar en el estudio.
- Alumnos que por sus características personales no tuviesen capacidad para responder a cuestionarios

4.2.2. Muestra y técnicas de muestreo

El cálculo del tamaño muestra se ha realizado con el programa Ene 2.0®. Mediante un estudio previo a la intervención realizado a una muestra piloto de 27 alumnos, tomando como referencia el bloque de conocimientos en primeros auxilios, se pudo observar que la media de conocimientos resultante eran de 4,60 puntos, con una desviación estándar de 2,10, se consideró que si la intervención experimental conseguía una mejora de una unidad, desde un punto de vista de la EpS sería un valor relevante. Para asegurarse una potencia del 90%, para detectar las diferencias deseadas, con una prueba de contraste de hipótesis bilateral, un error aleatorio del 5% ($\alpha= 0,05$), la muestra mínima necesaria para llevar a cabo el estudio sería de 94 sujetos por grupo, experimental y de referencia.

En cuanto a las técnicas de muestreo aplicadas, cabe destacar que se trató de un muestreo no aleatorio (no randomizado) por conveniencia tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión a la población de estudio

Las muestras con las que se llevado a cabo el estudio superan a las calculadas como necesarias, han sido de 101 sujetos en el grupo de referencia y 166 en el grupo experimental (Tabla 6a, Tabla 6b):

- Grupo Experimental: Alumnos pertenecientes a 5º y 6º curso de Educación Primaria de los colegios CEIP La Arboleda y CBM San José, ambos en la ciudad de Murcia (Tabla 6a).

Tabla 6a. Número de alumnos pertenecientes al grupo control

| | Curso | Grupos | Nº de alumnos |
|---|-------|--------|---------------|
| CEIP La Arboleda | 5º | 2 | 50 |
| | 6º | 2 | 48 |
| CBM San José | 6º | 3 | 68 |
| Total de alumnos del grupo experimental | | | 166 |

• Grupo control: Alumnos pertenecientes a 5º y 6º curso de Educación Primaria del colegio CEIP Luis Costa de Murcia (Tabla 6b).

Tabla 6b. Número de alumnos pertenecientes al grupo control

| | Curso | Grupos | Nº de alumnos |
|------------------------------------|-------|--------|---------------|
| CEIP Luis Costa | 5º | 3 | 75 |
| | 6º | 1 | 26 |
| Total de alumnos del grupo control | | | 101 |

Finalmente la muestra constó de 267 alumnos, superando la muestra mínima estimada según los criterios indicados.

4.3. TIEMPO Y LUGAR DE ESTUDIO

La intervención y recogida de datos se llevó a cabo desde septiembre de 2016 enero de 2017 en los centros educativos seleccionados, situados todos ellos en la ciudad de Murcia.

4.4. VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables del estudio han sido identificadas a raíz de los objetivos planteados y de una revisión de la bibliografía. Se hallaron dos documentos especialmente significativos:

- a. *Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias. Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo*, en el que se contemplan las directrices para el desarrollo de proyectos de EpS en el entorno escolar (MEPSYD y MSC, 2008).

- b. *Plan de Educación para La Salud en la Escuela de la Región De Murcia 2005-2010-2016 (PESERM)*, al cual se puede adscribir voluntariamente cualquier centro educativo de la Región de Murcia; en él se marcan las temáticas y contenidos de la estrategia relacionada con la promoción de la salud escolar. (Gutiérrez y cols., 2005).

Tras la consulta de la bibliografía, se identificaron cinco variables principales que forman parte de las directrices marcadas por el Ministerios de Sanidad y Educación, tales como (MEPSYD y MSC, 2008):

- Conocimientos sobre Alimentación Saludable
- Conocimientos sobre Actividad Física saludable.
- Conocimientos sobre Salud Emocional
- Conocimientos sobre Adicciones (Alcohol, Tabaco y drogas)
- Conocimientos sobre Primeros Auxilios.

Las variables de segundo nivel, o específicas, abarcaron los contenidos a desarrollar con el grupo experimental, tomadas y adaptadas según *PESERM* (Gutiérrez y cols., 2005). De esta forma se diseñaron las actividades que formaron parte de la intervención educativa llevada a cabo en la presente investigación; dichas actividades también fueron tomadas y adaptadas del mismo documento (Gutiérrez y cols., 2005) (Anexo Digital).

A continuación podemos observar en la tabla 7 el desglose de variables y la interrelación entre ellas y las actividades educativas implementadas.

Tabla 7. Variables y actividades

| Variables de primer nivel | Variables de segundo nivel | Actividades |
|---|---|--------------------------------|
| | - Dieta saludable | - ¿Qué es una dieta saludable? |
| Conocimientos sobre alimentación saludable | - Diferencia entre nutriente y alimento | - ¿Nutriente o Alimento? |
| | - Distribución de alimentos en el día | - Pirámide de alimentos |
| | - Relacionar familias de alimentos | - ¡Se ha colado un intruso! |

| Variables de primer nivel | Variables de segundo nivel | Actividades |
|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Valorar y reconocer las propias preferencias alimentarias - Hábitos alimenticios | <ul style="list-style-type: none"> - ¡Vamos de restaurante! - ¿Qué hago normalmente? |
| Conocimientos sobre actividad física | <ul style="list-style-type: none"> - Sedentarismo - Beneficios de la actividad física - Recomendaciones sobre la actividad física para mejorar la salud - Actividad física y dieta saludable | <ul style="list-style-type: none"> - Activo o sedentario - ¿Cómo soy yo? - Beneficios y más beneficios de hacer actividad física - Activómetro - La pirámide de la actividad física - Decálogo para recordar |
| Conocimientos sobre Salud Emocional y Habilidades Sociales | <ul style="list-style-type: none"> - Autoestima y auto-superación - Control emocional - Habilidades de Comunicación | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la autoestima? - ¿Cómo soy? - Tu Proyecto Personal - Ficha de Autoestima - ¿Qué son las emociones? - Identificando la Ansiedad - Identificando la Ira - Ficha Emociones - ¿Qué es la Comunicación? - Tipos de Comunicación - ¿Qué es un malentendido? - ¿Cómo se puede evitar o solucionar un malentendido? - ¿Qué es la timidez? |

| Variables de primer nivel | Variables de segundo nivel | Actividades |
|---------------------------------------|---|---|
| | | ¿Cómo se puede superar la timidez? - Ficha de Comunicación |
| Conocimientos sobre adicciones | - Conocimientos sobre alcohol | - ¿Qué hace el alcohol? - Razones para beber y para no beber - Mitos y realidades sobre el alcohol - Ficha de evaluación |
| | - Conocimientos sobre tabaco | - Razones para fumar y para no fumar - Mitos y realidades sobre el consumo de tabaco - Posicionamiento público sobre el consumo de tabaco - Ficha sobre Tabaco |
| | - Conocimientos sobre drogas | - ¿Qué entendemos por droga? - ¿Es el alcohol es una droga? - ¿Es el tabaco una droga? - Análisis publicitario |
| | - Conocimientos sobre Primeros auxilios | - Ficha sobre drogas - Actuación ante una Urgencia - ¿Qué significan las siglas PAS? - ¿Qué hacer ante una hemorragia? |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Conocimientos sobre Primeros auxilios y RCP</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos sobre Primeros auxilios | <ul style="list-style-type: none"> - ¿Actuación ante una Hemorragia nasal (Epistaxis) - Número de Teléfono único de Emergencias Europeo - Actuación ante una persona inconsciente que respira - Actuación ante una persona que convulsiona - ¿Cómo compruebo la consciencia de una persona? - ¿Cuál es la secuencia de la Reanimación Cardiopulmonar? (RCP) |
| <p>Conocimientos sobre Primeros auxilios y RCP</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos sobre RCP | <ul style="list-style-type: none"> - Lo más importante de la RCP - Posición para hacer una RCP - ¿Qué hacer si no recuerdo la secuencia de la RCP? |

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA Y DE EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.5.1. Test

El material utilizado para el diseño de los test, fue extraído del *Plan de Educación para La Salud en la Escuela de la Región De Murcia 2005-2010-2016 (PESERM)* (Guiérrez y cols., 2005). Para su elaboración se siguieron las recomendaciones de actividades propuestas en cada una variables de primer nivel establecidas en la *Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias. Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo* (MEPSYD y MSC, 2008) (Véase Anexo 2).

- Aspectos sociodemográficos

La primera parte del test recogía los aspectos sociodemográficos que se consideraron debido su importancia a la hora identificar factores independientes que puedan relacionarse con el nivel de conocimientos en el análisis estadístico:

- Edad
- Género
- Nº de convivientes del hogar y hermanos mayores
- Profesión de los padres
- Medio de transporte para desplazarse al colegio
- Actividades extraescolares realizadas (deportivas y/o artísticas)
- Actividades de ocio

- Alimentación saludable

El test sobre alimentación saludable comprendía dos partes: conocimientos y hábitos.

Los contenidos de alimentación se evaluaron a través de tres preguntas abiertas y tres preguntas cerradas.

Las cinco primeras medían los conocimientos sobre alimentación saludable y la última actividad seleccionada mostraba los hábitos alimentarios de cada alumno (Tabla 8).

Tabla 8. Contenido del test sobre conocimientos de alimentación saludable

| Áreas del test de alimentación | Ítems/preguntas | Tipo de pregunta |
|--------------------------------|------------------------------|------------------|
| Conocimientos | - Dieta saludable | Abierta |
| | - Tipos de Nutrientes | Abierta |
| | - Pirámide de alimentos | Abierta |
| | - Se ha colado un intruso | Cerrada |
| | - Vamos de restaurante | Cerrada |
| Hábitos | - Hábitos sobre alimentación | Cerrada |

- Actividad física saludable

El test sobre actividad física saludable comprendía una sola parte de conocimientos.

Los contenidos de actividad física saludable se evaluaron a través de cinco actividades abiertas (Tabla 9).

Tabla 9. Contenido del test sobre conocimientos de actividad física saludable

| Áreas del test de actividad Física | Ítems/preguntas | Tipo de pregunta |
|------------------------------------|---|------------------|
| Conocimientos | - Activo o sedentario | Abierta |
| | ¿Cómo soy yo? | |
| | - Beneficios y más beneficios de hacer actividad física | Abierta |
| | - Activómetro | Abierta |
| | - La pirámide de la actividad física | Abierta |
| | - Decálogo para recordar | Abierta |

- Salud emocional y Habilidades sociales

El test sobre salud emocional y habilidades sociales comprendía a su vez tres dimensiones: Autoestima y auto-superación, control emocional y habilidades de comunicación. Este test recibió una adaptación pedagógica a la edad infantil de los sujetos del estudio.

Los test de estas tres dimensiones estaban compuestas del siguiente modo (Tabla 10):

- Autoestima y auto-superación: compuesta por tres preguntas abiertas y una cerrada en formato de ficha de evaluación (verdadero/falso)

- Control emocional: compuesta por tres preguntas abiertas y una cerrada en formato de ficha de evaluación (verdadero/falso).

- Habilidades de comunicación: compuesta por tres preguntas abiertas y una cerrada en formato de ficha de evaluación (verdadero/falso).

Tabla 10. Contenido del test sobre conocimientos de salud emocional

| Áreas del test de Salud Emocional y Habilidades sociales | Ítems/preguntas | Tipo de pregunta |
|--|---|------------------|
| Autoestima y auto-superación | - ¿Qué es la autoestima? | Abierta |
| | - ¿Cómo soy? | Abierta |
| | - Tu Proyecto Personal | Abierta |
| | - Ficha de Autoestima | Cerrada |
| Control emocional | - ¿Qué son las emociones? | Abierta |
| | - Identificando la Ansiedad | Abierta |
| | - Identificando la Ira | Abierta |
| | - Ficha Emociones | Cerrada |
| Habilidades de comunicación | - ¿Qué es la Comunicación? Tipos de Comunicación | Abierta |
| | - ¿Qué es un malentendido? ¿Cómo se puede evitar o solucionar un malentendido? | Abierta |
| | - ¿Qué es la timidez? ¿Cómo se puede superar la timidez? | Abierta |
| | - Ficha de Comunicación | Cerrada |

- *Adicciones*

El test sobre adicciones comprendía a su vez tres dimensiones: Alcohol, Tabaco y Drogas. Este test recibió una adaptación pedagógica a la edad infantil de los sujetos del estudio.

Los test de estas tres dimensiones estaban compuestas del siguiente modo (Tabla 11):

- Alcohol: compuesta por tres preguntas abiertas y una cerrada en formato de ficha de evaluación (verdadero/falso)

- Tabaco: compuesta por tres preguntas abiertas y una cerrada en formato de ficha de evaluación (verdadero/falso).

- Drogas: compuesta por cinco preguntas abiertas.

Tabla 11. Contenido del test sobre conocimientos de adicciones

| Áreas del test de Adicciones | Ítems/preguntas | Tipo de pregunta |
|------------------------------|--|------------------|
| Alcohol | - ¿Qué hace el alcohol? | Abierta |
| | - Razones para beber y para no beber | Abierta |
| | - Mitos y realidades sobre el alcohol | Abierta |
| | - Ficha sobre el alcohol | Cerrada |
| Tabaco | - Razones para fumar y para no fumar | Abierta |
| | - Mitos y realidades sobre el consumo de tabaco | Abierta |
| | - Posicionamiento público sobre el consumo de tabaco | Abierta |
| | - Ficha sobre Tabaco | Cerrada |
| Drogas | - ¿Qué entendemos por droga? | Abierta |
| | - ¿Es el alcohol es una droga? | Abierta |
| | - ¿Es el tabaco una droga? | Abierta |
| | - Análisis publicitario | Abierta |
| | - Ficha sobre drogas | Abierta |

- Primeros auxilios y Reanimación Cardiopulmonar

El test sobre primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar (RCP), se diseñó de un modo distinto a los anteriores. En este caso, el test estaba compuesto por doce preguntas multirrespuesta con una sola afirmación cierta. Debido a la edad en la que desarrollamos la intervención, a este test se le añadieron pictogramas para ayudar a su entendimiento (Tabla 12).

Tabla 12. Contenido del test sobre conocimientos de primeros auxilios y RCP

| Áreas del test de Primeros auxilios y RCP | Ítems/preguntas | Tipo de pregunta |
|--|---|------------------|
| Conocimientos sobre Primeros auxilios y RCP | - Actuación ante una Urgencia | Cerrada |
| | - ¿Qué significan las siglas PAS? | Cerrada |
| | - ¿Qué hacer ante una hemorragia? | Cerrada |
| | - ¿Actuación ante una Hemorragia nasal (Epistaxis) | Cerrada |
| | - Número de Teléfono único de Emergencias Europeo | Cerrada |
| | - Actuación ante una persona inconsciente que respira | Cerrada |
| | - Actuación ante una persona que convulsiona | Cerrada |
| | - ¿Cómo compruebo la consciencia de una persona? | Cerrada |
| | - ¿Cuál es la secuencia de la Reanimación Cardiopulmonar? (RCP) | Cerrada |
| | - Lo más importante de la RCP | Cerrada |
| | - Posición para hacer una RCP | Cerrada |
| | - ¿Qué hacer si no recuerdo la secuencia de la RCP? | Cerrada |

4.5.2. Rúbrica

Las rúbricas son elaboradas como herramienta para poder valorar los aprendizajes, la adquisición de conocimientos y las competencias reflejadas en los programas formativos, concretando en cada momento los aspectos que queremos evaluar y cómo hacerlo. Varios autores la definen del siguiente modo (Ariasian, 2001; Darling-Hammond, 1995; Díaz Barriga y Hernández, 2002):

“Estrategia de evaluación alternativa, generada a través de un listado (por medio de una matriz), de un conjunto de criterios específicos y fundamentales que permite valorar el aprendizaje, los conocimientos y/o competencias, logrados por el estudiante en un trabajo o en una materia en particular”

Utilizamos las rúbricas para realizar evaluaciones objetivas y consistentes, de actividades, (por ejemplo, de evaluación), trabajos, presentaciones, etc., (Torres-Gordillo & Perera-Rodríguez, 2010)

En el presente estudio se elaboraron cuatro rúbricas evaluativas para poder valorar lo más objetivamente posible y de un modo cuantitativo el aprendizaje de los sujetos del estudio en los cuatro primeros bloques de conocimientos (alimentación, actividad física, salud emocional y adicciones), el último bloque de conocimientos sobre primeros auxilios no necesitó de una rúbrica ya que se trató de un test multirrespuesta y se cuantificaron los fallos y los errores para medir el nivel de conocimientos.

La mayor parte de las preguntas utilizadas en los test fueron de naturaleza cualitativa y se expresaban de forma abierta, estando adaptadas pedagógicamente a la edad infantil, contando con gran cantidad de imágenes, dibujos, pictogramas, etc.

Debido a las características de las cuestiones planteadas en los test utilizados, fue necesario plantear la creación de rúbricas de elaboración propia para codificar numéricamente todos los datos que se recogieron en los test de evaluación. A continuación describimos de forma general las características de las rúbricas elaboradas (Tabla 13).

Tabla 13. Rúbricas de evaluación de los conocimientos sobre salud

| BLOQUE | NOMBRE DEL BLOQUE | | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|--|--|--|
| I | CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN | | | | | |
| MATERIAL DIDACTICO | | | | | | |
| Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia | | | | | | |
| | | Valoración | | | | |
| Variable | Actividad | Excelente 5 | Satisfactoria 4 | Moderadamente satisfactoria 3 | Deficiente 2 | No aceptable 1 |
| Dieta saludable | ¿Qué una dieta saludable? | <p><u>Respuesta completa:</u> Explicaciones claras de los conceptos relacionados con una dieta saludable:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Variada -Equilibrada -La importancia del Agua <p>E incluye el ejercicio Físico (opcional)</p> <p>O bien da ejemplos de cada concepto</p> | <p><u>Respuesta bastante completa</u> Presenta comprensión del concepto explicado en clase: Haciendo alusión a la mayoría de conceptos (2 ó 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Variada -Equilibrada -La importancia del Agua <p>E incluye el ejercicio físico (opcional)</p> <p>O bien da ejemplos</p> | <p><u>Comprensión incompleta del concepto</u> Identifica algún elemento importante</p> <ul style="list-style-type: none"> -Variada -Equilibrada -Importancia del Agua -Ejercicio físico <p>Provee información incompleta</p> <p>Da ejemplos pero confusos.</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> Omite los elementos importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Variada -Equilibrada -Importancia del Agua -Ejercicio físico <p>Hace mal uso de los términos explicados en clase y no sabe dar ejemplos</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Presenta concepciones erróneas: confunde cada uno de los términos.</p> <p>No entiende la importancia del concepto saludable.</p> <p>Vago intento de contestar. O no responde.</p> |

| | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------|---|---|---|---|---|
| Diferencia nutriente alimento | ¿Nutriente o alimento? | <u>Respuesta completa.</u> | <u>Respuesta bastante completa.</u> | <u>Comprensión incompleta del concepto.</u> | <u>No provee contestación completa</u> | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> |
| | | Identifica los elementos importantes dibujando y/o nombrando correctamente alimentos para: - Obtener energía - Para poner nuestro cuerpo a punto - Construir nuestro cuerpo y crecer. Provee al menos dos ejemplos de cada grupo. | Identifica muchos elementos importantes dibujando y/o nombrando correctamente alimentos para: - Obtener energía - Para poner nuestro cuerpo a punto - Construir nuestro cuerpo y crecer. Provee al menos un buen ejemplo de cada grupo. | Identifica algún elemento importante dibujándolo y/o nombrándolo correctamente de todos los grupos de nutrientes: - Obtener energía - Para poner nuestro cuerpo a punto - Construir nuestro cuerpo y crecer. | Omite elementos importantes de nutrientes: - Obtener energía - Para poner nuestro cuerpo a punto - Construir nuestro cuerpo y crecer. Hace mal uso de los términos y los dibuja o nombra en recuadros equivocados Aunque en alguno de los grupos escribe o dibuja la respuesta correcta. No provee ejemplos de todos los grupos | Confunde los grupos de nutrientes: - Obtener energía - Para poner nuestro cuerpo a punto - Construir nuestro cuerpo y crecer. Hace mal uso de los términos y los dibuja en recuadros equivocados No provee ejemplos en ningún grupo No contesta la pregunta |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--|---|--|---|---|
| Distribución de alimentos en el día | Pirámide de alimentos | <u>Respuesta completa.</u> Completa la pirámide de los alimentos Identifica todos los elementos importantes de cada uno de los escalones. (o la mayoría de ellos) Provee buenos ejemplos. | <u>Respuesta bastante completa.</u> Completa parcialmente la pirámide sin cometer ningún fallo y estableciendo una distribución diaria de todos los grupos de alimentos. Deja algún escalón en blanco | <u>Respuesta refleja un poco de confusión.</u> Comprensión incompleta del concepto. No identifica cada uno de los escalones de la pirámide estableciendo su consumo diario. Confunde tipo de alimento en relación a su consumo diario/semanal. Deja más de un escalón en blanco. | <u>No provee contestación completa</u> No hace una distribución diaria y/o semanal adecuada de los grupos de alimentos. Deja escalones en blanco (dos o tres) o los completa de forma errónea | <u>La explicación es incompleta / no se entiende.</u> Omite las partes fundamentales del concepto. No distribuye los alimentos según las recomendaciones. No contesta la pregunta Sólo completa un escalón correctamente. |
| Relacionar familias de alimentos | Se ha colado un intruso | <u>Respuesta completa.</u> Localiza todos los intrusos de cada una de las columnas de alimentos No tiene fallos | <u>Respuesta bastante completa.</u> Localiza casi todos los intrusos de cada una de las columnas. Tiene un fallo | <u>Comprensión incompleta</u> Localiza dos de los 4 intrusos de las columnas Tiene dos fallos | <u>No provee contestación completa</u> Localiza uno de los 4 intrusos Tiene tres fallos | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No localiza ninguno de los intrusos de las 4 columnas. Tiene 4 fallos |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|---|--|---|
| <p>Valorar y reconocer las propias preferencias alimentarias</p> | <p>Vamos de restaurante</p> | <p><u>Respuesta completa</u> Elige un menú equilibrado y es capaz de defender con argumentos apropiados porqué su menú es el más saludable.</p> | <p><u>Respuesta bastante completa</u> Elige un menú bastante equilibrado pero no es capaz de defenderlo con argumentos adecuados. O no lo explica</p> | <p><u>Respuesta refleja un poco de confusión</u> Elige un menú poco saludable O No argumenta correctamente los conceptos.</p> | <p><u>No logra demostrar que comprende el concepto</u> La elección no es saludable ni equilibrada. No argumenta apropiadamente</p> | <p><u>La explicación es incompleta / no se entiende.</u> Realiza la tarea erróneamente. Elige los alimentos del menú según sus gustos sin tener en cuenta las recomendaciones</p> |
|--|-----------------------------|---|---|---|--|---|

| BLOQUE | NOMBRE DEL BLOQUE | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|
| II | CONOCIMIENTOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA SALUDABLE | | | | | |
| MATERIAL DIDACTICO | | | | | | |
| Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia | | | | | | |
| Valoración | | | | | | |
| Variable | Actividad | Excelente 5 | Satisfactoria 4 | Moderadamente satisfactoria 3 | Deficiente 2 | No aceptable 1 |
| Sedentarismo | Activo o sedentario ¿Cómo soy yo? | <p><u>Respuesta completa.</u></p> <p>Explicaciones claras del concepto ser activo y del concepto Sedentario.</p> <p>Define qué es actividad física y cuánto tiempo debes realizar actividad física tanto al día (1hora mínimo) como a la semana(5-7h)</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u></p> <p>Presenta comprensión de los conceptos explicados en clase Explica la diferencia entre activo y sedentario, completa la actividad, pero o bien, no completa las horas que se debe hacer ejercicio al día o semana, o bien no sabe describir lo que se considera actividad física.</p> | <p><u>Comprensión incompleta del concepto.</u></p> <p>Identifica algunos elementos importantes: Como sedentario o activo.</p> <p>No sabe definir el nº de horas que se debe hacer actividad física ni qué se considera actividad física. La respuesta refleja inseguridad en el conocimiento de los conceptos.</p> | <p><u>No provee contestación completa</u></p> <p>No define correctamente qué se considera ser activo o ser sedentario.</p> <p>Tampoco explica que es actividad física o que horas hay que cumplir a la semana o al día.</p> <p>La explicación es incompleta o no se entiende.</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u></p> <p>Presenta concepciones erróneas: confunde cada uno de los términos.</p> <p>No entiende la importancia de los conceptos</p> <p>Vago intento de contestar.</p> <p>O no responde.</p> |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|---|
| Beneficios de la actividad física | Beneficios y más beneficios de hacer actividad física | <p><u>Respuesta completa.</u> Completa cada uno de los beneficios que tiene la actividad física sobre nuestro organismo.</p> <p>También completa las figuras donde se describen “más beneficios”</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Completa dos bloques de beneficios de la actividad física tiene sobre nuestros huesos, músculos y articulaciones.</p> <p>Además completa las figuras donde se describen más beneficios.</p> | <p><u>Comprensión incompleta del concepto.</u> Sólo escribe un beneficio de la actividad física sobre los huesos, músculos y articulaciones.</p> <p>En las figuras comete uno o dos fallos.</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> No describe los beneficios de la actividad física en ninguna de las partes del organismo explicadas en clase (huesos, músculos y articulaciones). Y en las figuras comete uno o dos fallos.</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Vago intento de contestar.</p> <p>O no responde.</p> <p>Donde encontramos varios fallos u omisiones en todas las partes de la actividad.</p> |
| Recomen-daciones sobre la actividad física para mejorar la salud | Activómetro | <p><u>Respuesta completa.</u> Completa el activómetro y sabe reconocer todo lo que debe hacer para mejorar su actividad física según en qué color está</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Completa el activómetro pero no completa correctamente cada una de las recomendaciones para mejorar su nivel de actividad física.</p> | <p><u>Comprensión incompleta del concepto.</u> Completa el activómetro, pero no reconoce su nivel de salud relacionada con lo que debe hacer según el color del activómetro.</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> No completa correctamente el Activómetro, con lo que la puntuación obtenida no se adapta a la realidad.</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Vago intento de contestar.</p> <p>O no responde.</p> |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|
| <p>Recomendaciones sobre la actividad física para mejorar la salud</p> | <p>La pirámide de la actividad física</p> | <p><u>Respuesta completa.</u> Completa la pirámide indicando las actividades en cada uno de los escalones y el tiempo que deben desarrollarse. Sin cometer fallos.</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Completa la pirámide, indicando las actividades en cada uno de los escalones y comete un fallo en el tiempo que deben desarrollarse</p> | <p><u>Comprensión incompleta del concepto.</u> Completa la pirámide, pero comete un fallo. Además no completa bien el tiempo que deben desarrollarse</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> Tiene varios fallos en la pirámide, completa algunos periodos de tiempo en los que se deben realizar las actividades indicadas</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No completa la pirámide o comete muchos fallos. Tampoco añade el tiempo en el que se tiene que desarrollar.</p> |
| <p>Actividad física y dieta saludable</p> | <p>Decálogo para recordar</p> | <p><u>Respuesta completa.</u> Enumera la lista completa de las cinco cosas que se deben hacer y las cinco que no se deben hacer. O la completa con instrucciones similares a las impartidas en clase</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Comete un fallo u omisión en el listado de lo que se debe hacer y otro en lo que no se debe hacer. Escribe tres instrucciones en cada columna</p> | <p><u>Comprensión incompleta del concepto.</u> Comete tres fallos u omisiones en el listado de lo que se debe hacer y otros dos en el de lo que no se debe hacer. Escribe dos instrucciones válidas en cada columna</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> Comete cuatro fallos u omisiones en el listado de lo que se debe hacer y tres en el de lo que no se debe hacer. Sólo escribe una instrucción en cada columna</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Comete cinco fallos u omisiones en el listado de lo que se debe hacer y cuatro en el de lo que no se debe hacer. O no realiza la actividad.</p> |

| BLOQUE | NOMBRE DEL BLOQUE | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|--|--|--|
| III | CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD EMOCIONAL | | | | | |
| MATERIAL DIDACTICO | | | | | | |
| Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia | | | | | | |
| | | Valoración | | | | |
| Variable | Actividad | Excelente 5 | Satisfactoria 4 | Moderadamente satisfactoria 3 | Deficiente 2 | No aceptable 1 |
| Autoestima y auto-superación | Qué es la autoestima | Explica el concepto correctamente: <i>"Es la valoración positiva o negativa que tenemos de nosotros mismos o de nuestra imagen"</i> | Escribe la definición de un modo muy aproximado usando conceptos como: Imagen de uno mismo. Lo que pensamos de nosotros. Nuestra valoración, etc. | Escribe una explicación aceptable, porque relaciona a la persona con ella misma y con su percepción hacia ella, pero no hace ninguna alusión a su imagen a su valoración, etc. | NO explica el concepto, simplemente da un ejemplo sobre la definición con sus palabras | No responde la pregunta, o la responde con conceptos <u>erróneos</u> |
| | ¿Cómo soy? | <u>Respuesta completa.</u> Se describe con dos ejemplos como es en cada uno de los supuestos: <ul style="list-style-type: none"> • Con los amigos • En casa • En la escuela | <u>Respuesta bastante completa.</u> Se describe con un solo ejemplo en cada uno de los ambientes. | <u>Respuesta refleja un poco de confusión.</u> No sabe describirse en algún ambiente. | <u>No provee contestación completa</u> Usa conceptos contradictorios, no usa calificativos. | <u>La explicación es incompleta / no se entiende.</u> No contesta la pregunta |

| | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|--|---|---|--|---|
| Autoestima y auto-superación | Tu Proyecto Personal | <u>Respuesta completa.</u> Explica el concepto de Meta. Explica de un modo adecuado cuál sería su meta. Tiene claro que No cambiaría nada de él/ella o por el contrario tiene claro lo que cambiaría de un modo adecuado. | <u>Respuesta bastante completa.</u> No explica correctamente el concepto meta, pero sí explica cuál es su meta (o al contrario) Tiene claro que No cambiaría nada de él/ella o por el contrario tiene claro lo que cambiaría de un modo adecuado. | <u>Respuesta refleja un poco de confusión.</u> No explica ninguno de los dos conceptos (Meta y meta personal) Tiene claro que No cambiaría nada de él/ella o por el contrario tiene claro lo que cambiaría de un modo adecuado. | <u>No logra demostrar que comprende el concepto</u> No explica ninguno de los dos conceptos (Meta y meta personal). O hace una explicación incorrecta No tiene claro o es contradictorio en la respuesta sobre qué le gustaría cambiar de él/ella. | <u>La explicación es incompleta / no se entiende.</u> No contesta la pregunta. |
| | Ficha autoestima Verdadero / Falso | <u>Respuesta completa</u> No comete Fallos | <u>Respuesta bastante completa.</u> Comete 1 fallo | <u>Comprensión incompleta</u> Comete 2 ó 3 fallos | <u>No provee contestación completa</u> Comete 4 fallos | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Comete 5 fallos |

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|---|---|---|--|---|
| <p>Control emocional</p> | <p>¿Qué son las emociones?</p> | <p><u>Respuesta completa</u> Explica qué son las emociones de un modo completo. Enumera al menos 3 emociones explicando las sensaciones que se experimentan en cada una de ellas y los pensamientos que las acompañan</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Explica qué son las emociones de un modo completo. Enumera al menos 2 emociones explicando las sensaciones que se experimentan en cada una de ellas y los pensamientos que las acompañan</p> | <p><u>Comprensión incompleta</u> Explica qué son las emociones de un modo bastante adecuado Enumera al menos 1 emoción explicando las sensaciones que se experimentan en cada una de ellas y los pensamientos que las acompañan</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> Explica qué son las emociones de un modo incompleto o poco adecuado. No completa ninguna emoción o lo hace de un modo incompleto</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No contesta la pregunta O contesta la pregunta de un modo completamente incorrecto.</p> |
|--------------------------|--------------------------------|---|---|---|--|---|

| | | | | | | |
|--|---------------------------|---|--|---|--|--|
| | Identificando la Ansiedad | <u>Respuesta completa</u> Define ansiedad y describe situaciones que le han provocado ansiedad. (al menos una) Describe las reacciones fisiológicas y los pensamientos que le han producido y la conducta que han realizado, dejando claro que entienden el concepto de ansiedad. | <u>Respuesta bastante completa.</u> Define ansiedad de un modo incompleto y describen situaciones que le han provocado ansiedad, pero no sabe describir las reacciones fisiológicas y/o los pensamientos que le han llevado a actuar de una forma determinada que sí explican. Entienden el concepto de ansiedad, pero no qué lo produce. | <u>Comprensión incompleta</u> No saben definir el concepto ansiedad y al describir situaciones que le han provocado ansiedad, no describe ni las reacciones fisiológicas, ni los pensamientos, ni las conductas generadas de tal situación. Entienden que existe la ansiedad pero no han sabido explicar nada del proceso. | <u>No provee contestación completa</u> No saben describir el concepto ansiedad. No saben describir el proceso de ansiedad, o bien no han reconocido ninguna situación que les haya cambiado su forma de actuar o no han entendido el concepto. | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No realiza la actividad |
|--|---------------------------|---|--|---|--|--|

| | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|--|
| Control emocional | Identificando la Ira | <p><u>Respuesta completa</u> Define ira y describe situaciones que le han provocado ira. (al menos una) Describe las reacciones fisiológicas y los pensamientos que le han producido y la conducta que han realizado, dejando claro que entienden el concepto de ira.</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Define ira de un modo incompleto y describen situaciones que le han provocado ira, pero no sabe describir las reacciones fisiológicas y/o los pensamientos que le han llevado a actuar de una forma determinada que sí explican. Entienden el concepto de ira, pero no qué lo produce.</p> | <p><u>Comprensión incompleta</u> No saben definir el concepto ira y al describir situaciones que le han provocado ansiedad, no describe ni las reacciones fisiológicas, ni los pensamientos, ni las conductas generadas de tal situación. Entienden que existe la ira pero no han sabido explicar nada del proceso.</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> No saben describir el concepto ira. No saben describir el proceso de ira, o bien no han reconocido ninguna situación que les haya cambiado su forma de actuar o no han entendido el concepto.</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No realiza la actividad</p> |
| | Ficha Emociones Verdadero / Falso | <p><u>Respuesta completa</u> No comete Fallos</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Comete 2 fallos</p> | <p><u>Comprensión incompleta</u> Comete 4 fallos</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> Comete 6 fallos</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Comete 7 fallos</p> |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|---|---|---|---|--|
| Habilidades de Comunicación | ¿Qué es la Comunicación? Tipos de Comunicación | <u>Respuesta completa</u> Define lo que es la comunicación correctamente y los tipos de comunicación: VERBAL Y NO VERBAL | <u>Respuesta bastante completa.</u> Define de un modo incompleto lo que es comunicación. Enumera los dos tipos de comunicación: VERBAL Y NO VERBAL | <u>Comprensión incompleta</u> Define de un modo incorrecto lo que es la comunicación. No enumera bien los dos tipos u omite uno de ellos. | <u>No provee contestación completa</u> No define lo que es comunicación o lo hace forma errónea No enumera los tipos de comunicación. | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No contesta la pregunta |
| Habilidades de Comunicación | ¿Qué es un malentendido? ¿Cómo se puede solucionar un malentendido? | <u>Respuesta completa</u> Describe un malentendido correctamente y explica cómo podría evitarse indicando las claves dadas en clase. | <u>Respuesta bastante completa.</u> Describe un malentendido correctamente y explica cómo podría evitarse sin dar las claves explicadas en clase | <u>Comprensión incompleta</u> Describe un malentendido correctamente pero no explica cómo podría haberse evitado | <u>No provee contestación completa</u> No describe un malentendido correctamente ni cómo evitarlo | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No realiza la actividad |
| | Ficha de Comunicación Verdadero / Falso | <u>Respuesta completa</u> No comete Fallos | <u>Respuesta bastante completa.</u> Comete 2 fallos | <u>Comprensión incompleta</u> Comete 4 fallos | <u>No provee contestación completa</u> Comete 5 fallos | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Comete 6 fallos |

| BLOQUE | NOMBRE DEL BLOQUE | | | | | |
|--|--------------------------------|---|--|---|---|---|
| IV | CONOCIMIENTOS SOBRE ADICCIONES | | | | | |
| MATERIAL DIDACTICO | | | | | | |
| Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia | | | | | | |
| | | Valoración | | | | |
| Variable | Actividad | Excelente 5 | Satisfactoria 4 | Moderadamente satisfactoria 3 | Deficiente 2 | No aceptable 1 |
| Conocimientos sobre alcohol | ¿Qué hace el alcohol? | <u>Respuesta completa</u> Rellena y completa correctamente todos los huecos de la ficha siguiendo las explicaciones impartidas en clase. Describe al menos tres efectos dependiendo del tipo de consumo | <u>Respuesta bastante completa.</u> Rellena y completa la mayoría de los huecos de la ficha. No describe todos los efectos del alcohol Describe al menos dos efectos dependiendo del consumo | <u>Comprensión incompleta del concepto.</u> Rellena algunos de los huecos de forma correcta y otros los deja en blanco. Sólo describe un efecto del alcohol dependiendo del consumo, o completa uno de ellos completamente. | <u>No provee contestación completa</u> Rellena de forma incorrecta o en blanco la mayoría de los huecos de la ficha Omite elementos importantes: Describe algún efecto en alguno de los apartados según el tipo de consumo | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Vago intento de contestar. O no responde. No rellena los huecos de la ficha o los hace todos de forma errónea. No describe los efectos del alcohol. |

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|---|---|---|---|
| Conocimientos sobre alcohol | Razones para beber y para no beber | <u>Respuesta completa.</u> Enumera una lista de razones para beber y para no beber. Al menos 3 en cada caso | <u>Respuesta bastante completa.</u> Escribe una lista de razones para beber y no beber incompleta: Al menos 2 en cada caso | <u>Respuesta refleja un poco de confusión.</u> Tiene clara la idea principal , pero no hace una lista completa de razones para no beber: Sólo pone una razón en cada caso | <u>No provee contestación completa</u> Tiene claro uno de los listados. Aporta razones para uno de los casos | <u>La explicación es incompleta / no se entiende.</u> No aporta ideas ni razones ni para beber ni para no beber. |
| | Mitos y realidades sobre el alcohol | <u>Respuesta completa</u> Sabe argumentar perfectamente y discutir cada uno de los mitos y realidades planteados en la tarea y contesta la ficha de evaluación sin fallos | <u>Respuesta bastante completa</u> Contesta las respuestas correctamente pero no las argumenta o comete un fallo argumentándolas | <u>Respuesta refleja un poco de confusión</u> Al menos tiene dos fallos en la ficha de evaluación pero argumenta las respuestas. o un fallo sin argumentarlas | <u>No logra demostrar que comprende el concepto</u> No argumenta NI discute bien el concepto, Comete 3 fallos | <u>La explicación es incompleta / no se entiende</u> No argumenta. Comete 4 fallos. |
| | Ficha alcohol Verdadero / Falso | <u>Respuesta completa</u> No comete Fallos | <u>Respuesta bastante completa.</u> Comete 1 fallo | <u>Comprensión incompleta</u> Comete 2 ó 3 fallos | <u>No provee contestación completa</u> Comete 4 fallos | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Comete 5 fallos |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--|---|--|---|--|
| Conocimientos sobre tabaco | Razones para fumar y para no fumar | <u>Respuesta completa.</u> Enumera una lista de razones para fumar y para no fumar. Al menos 3 en cada caso | <u>Respuesta bastante completa.</u> Escribe una lista de razones para fumar y para no fumar incompleta. Al menos 2 en cada caso | <u>Respuesta refleja un poco de confusión.</u> Tiene clara la idea principal, pero no hace una lista completa de razones fumar y para no fumar. Sólo pone una razón en cada caso | <u>No provee contestación completa</u> Tiene claro uno de los listados. Aporta razones para uno de los casos | <u>La explicación es incompleta / no se entiende.</u> No aporta ideas ni razones ni para fumar y para no fumar. |
| | Mitos y realidades sobre el consumo de tabaco | <u>Respuesta completa</u> Sabe argumentar perfectamente y discutir cada uno de los mitos y realidades planteados en la tarea y contesta la ficha de evaluación sin fallos | <u>Respuesta bastante completa</u> Contesta las respuestas correctamente pero no las argumenta o comete un fallo argumentándolas | <u>Respuesta refleja un poco de confusión</u> Al menos tiene dos fallos pero argumenta las respuestas. O un fallo sin argumentarlas | <u>No logra demostrar que comprende el concepto</u> No argumenta ni discute lo que es un mito o una realidad Comete tres fallos O dos fallos sin argumentarlas | <u>La explicación es incompleta / no se entiende</u> No argumenta. Comete 4 fallos. |
| | Ficha sobre Tabaco Verdadero / Falso | <u>Respuesta completa</u> No comete fallos | <u>Respuesta bastante completa.</u> Comete 1 ó 2 fallos | <u>Comprensión incompleta</u> Comete 3, 4 ó 5 fallos | <u>No provee contestación completa</u> Comete 6, 7 u 8 fallos | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> Comete 9 fallos |

| | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|--|---|---|---|--|
| Conocimientos sobre drogas | ¿Qué entendemos por droga? | <u>Respuesta completa.</u> Describe correctamente el concepto de droga en una frase. Escribe la definición dada en clase Y compara los aspectos claves con los aportados por el profesor. | <u>Respuesta bastante completa.</u> Describe una frase el concepto de droga. Explica de modo entendible la definición dada en clase pero no compara de forma adecuada los puntos clave. | <u>Comprensión incompleta del concepto.</u> Escribe una frase con el concepto de droga sin definirla como el profesor indica en clase. No hace comparaciones con los puntos clave | <u>No provee contestación completa</u> Escribe una definición ambigua sin tener en cuenta la definición impartida en clase. No aporta puntos clave. | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No escribe una definición o no es adecuada y no hace relaciones con lo dicho en clase, ni con los puntos clave. |
| | ¿Es el alcohol es una droga? | <u>Respuesta completa.</u> Considera que el alcohol es una droga y explica el porqué, teniendo en cuenta los conceptos de dependencia y adicción. | <u>Respuesta bastante completa.</u> Considera que el alcohol es una droga razonando la respuesta. Pero hace una definición de uno de los términos (adicción o dependencia) | <u>Comprensión incompleta del concepto.</u> Considera que el alcohol es una droga. No describe el concepto de dependencia ni el de adicción de forma correcta o los confunde. | <u>No provee contestación completa</u> Sí considera que es una droga pero no añade nada más a la respuesta. | <u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No considera que el alcohol sea una droga. |

| | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|---|--|---|--|--|
| Conocimientos sobre drogas | ¿Es el tabaco una droga? | <p><u>Respuesta completa.</u> Considera que el tabaco es una droga y explica el porqué, teniendo en cuenta los conceptos de dependencia y adicción.</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Considera que el tabaco es una droga razonando la respuesta. Pero hace una definición de uno de los términos (adicción o dependencia)</p> | <p><u>Comprensión incompleta del concepto.</u> Considera que el tabaco es una droga. No describe el concepto de dependencia ni el de adicción de forma correcta o los confunde.</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> Sí considera que es una droga pero no añade nada más a la respuesta.</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No considera que el tabaco sea una droga.</p> |
| | Análisis publicitario | <p><u>Respuesta completa.</u> Contesta todas las preguntas sobre los anuncios publicitarios expuestos de forma correcta.</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Hay algunas preguntas que no se contestan porque no se entiende la relación de tabaco y alcohol y salud.</p> | <p><u>Respuesta refleja un poco de confusión.</u> Sólo se contestan las preguntas básicas sobre el producto anunciado: 1,2,4</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> No entiende la relación entre la actividad y los conceptos trabajados en la unidad</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No realiza la actividad o la realiza de modo erróneo.</p> |
| | Ficha sobre drogas Verdadero / Falso | <p><u>Respuesta completa.</u> Contesta las ocho preguntas de la evaluación de forma correcta.</p> | <p><u>Respuesta bastante completa.</u> Contesta 6 preguntas de forma correcta</p> | <p><u>Comprensión incompleta</u> Contesta 4 preguntas de forma correcta</p> | <p><u>No provee contestación completa</u> Contesta 2 preguntas de forma correcta</p> | <p><u>Omite las partes fundamentales del concepto.</u> No contesta ninguna de forma correcta.</p> |

4.6. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

4.6.1. Primera fase: aproximación al entorno

Tras la presentación y entrega del proyecto se comenzó una búsqueda activa de los centros escolares que servirían tanto de grupo experimental como de grupo control.

Una vez localizados, se tramitaron todos los permisos pertinentes para el acceso a los mismos:

Se confeccionó una carta aval (Anexo 3), acompañada del proyecto de la tesis y el certificado de ausencia de delitos penales, para presentarlo a la Consejería de Educación.

Se presentó en el Registro General de la Consejería de Educación y se pidió cita con la Dirección General de Planificación Educativa y Recursos Humanos.

Paralelamente se tomó contacto con los centros educativos seleccionados (centros experimentales y centro control) para tener conocimiento del entorno en el que se encuadraban y su realidad sociodemográfica, la presentación del proyecto del estudio a la dirección de cada uno de los centros y la comprobación que los grupos muestrales cumplieran los respectivos criterios de inclusión. Además, se tomó una muestra piloto previa de 27 alumnos, con el objetivo de servir de referencia para el cálculo muestral.

En esta misma fase se realizó la búsqueda de materiales y la revisión de la literatura para la elaboración de los materiales necesarios tanto para la intervención como para la evaluación.

Esta fase comenzó en Febrero de 2015 y concluyó en septiembre de 2016. (Ver Cronograma) (Figura 31).

4.6.2. Segunda fase: intervención

Tras la consecución de los permisos de acceso a los centros y coincidiendo con el principio del curso 2016/2017 se confeccionó la agenda de las intervenciones en el grupo experimental.

Dichas intervenciones se configuraron del siguiente modo:

1ª Intervención: Presentación a los alumnos y al tutor de cada grupo, de cada curso, en cada uno de los colegios seleccionados. A continuación, se les entregó el pretest de conocimientos.

Una vez finalizado se realizó la primera sesión relacionada con la alimentación saludable.

2ª Intervención: la semana siguiente se realizó la segunda intervención relacionada con la actividad física saludable, además de esto, se efectuó un diálogo grupal, donde recordamos los conceptos impartidos en la primera intervención.

3ª Intervención: en la siguiente semana volvimos a cada centro experimental para continuar con la sesión sobre salud emocional y además comentamos las cuestiones planteadas sobre los temas anteriores.

4ª Intervención: a la semana siguiente impartimos la sesión sobre adicciones e igualmente recordamos y aclaramos las dudas o cuestiones planteadas dentro del aula.

5ª Intervención: esta intervención sobre primeros auxilios, se realizó a la semana siguiente, en ella además del tutor, se implicó también el maestro de educación física, donde se recordaron las indicaciones importantes sobre todo lo impartido hasta el momento y posteriormente se realizó dicha intervención.

Todas las intervenciones se llevaron a cabo dentro del aula donde los alumnos reciben el resto de sus clases en el colegio.

A través del material diseñado (Anexo digital), se impartieron todos los bloques de conocimientos de un modo muy interactivo y resolviendo en todo momento las dudas planteadas.

Tras concluir dicha intervención en cada uno de los centros experimentales, tuvimos que esperar entre tres y cuatro semanas, para la realización del post test, debido a que los alumnos se encontraron en periodo de evaluación.

En enero de 2017 se evaluaron los conocimientos post test de los grupos experimentales y los conocimientos en el grupo control.

Esta fase del estudio comprendió cinco meses, desde septiembre de 2016 hasta enero de 2017.

4.6.3. Tercera fase: análisis tras la intervención

Una vez recolectados todos los test (pre y post), se procedió a la revisión, evaluación y puntuación de los mismos. Para este procedimiento se utilizaron las rúbricas de evaluación confeccionadas (Tabla 13).

Tras la evaluación y puntuación de cada uno de los ítems de los test se diseñó una base de datos en Excel, para su posterior análisis estadístico.

Esta tabla estuvo compuesta por 138 variables (Anexo digital) las cuales se agruparon y recodificaron para facilitar su análisis estadístico.

4.6.4. Cuarta fase: tratamiento y análisis de datos

Para el análisis de resultados, los datos obtenidos se transcribieron a un fichero del programa de Microsoft Excel 2013®, y después fueron importados al programa estadístico SPSS®, versión 23, para proceder posteriormente al análisis descriptivo, inferencial, de los datos, y contraste de hipótesis.

- Análisis descriptivo

- El análisis descriptivo de las variables cualitativas se presentó con los valores de las frecuencias de cada una de las categorías de respuesta, así como en porcentaje. Las variables cuantitativas, se expresaron con el valor de la media aritmética como medida de tendencia central y la desviación típica como medida de dispersión o variabilidad básica; también se presentaron los valores de los datos correspondientes al percentil 25 y 75.

Cuando la variable a contrastar eran de naturaleza cuantitativa, antes de realizar a su análisis bivariable con técnicas paramétricas se procedió a verificar su distribución normal, con la *Prueba de Komolgorov-Sminov*, aunque no se utilizaron técnicas no paramétrica en ningún caso por presentar las muestras más de 30 casos en cualquier situación del análisis, ya que, en esta situación, por el teorema central del límite, las dos medias muestrales se distribuyen en el muestreo normalmente.

Para contrastar la hipótesis nula de que las diferencia observadas entre dos valores de una media de dos muestras independientes se deben al azar, se utilizó el test estadístico *T de Student* para muestras independientes. Antes de examinar el valor de T, se comprobó la hipótesis nula de homogeneidad de las varianzas mediante la *Prueba de Levene*. Para probar la hipótesis nula de igualdad de medias de dos muestras relacionadas o datos pareados, se recurrió a la prueba T para muestras relacionadas, con el fin de verificar la variabilidad de las medias después de una intervención en el grupo experimental.

Para analizar la asociación de una variable cuantitativa continua con una variable cualitativa de más de dos categorías, se recurrió al análisis de la varianza para un factor (ANOVA), mediante la cual se contrastó la hipótesis nula de que las medias de todos los grupos en la población muestral son iguales. Se verificó la homogeneidad de las varianzas con la *Prueba de Levene*. Cuando el análisis de la varianza resultó estadísticamente significativo, se procedió a analizar los resultados con la *Prueba de comparaciones múltiples de Scheffé* (pruebas post hoc), con el fin de comprobar entre qué categorías existía diferencia significativas de las medias.

Se utilizó el *Coefficiente de correlación de Spearman* para verificar la asociación existente entre variables cuantitativas, eligiendo este estadístico de correlación porque una de las variables de naturaleza cuantitativa era de ordinal o discreta.

Para analizar las diferencias encontradas antes y después de la intervención, si se trataba de variables cualitativas dicotómicas se utilizó la *Prueba de McNemar*, por la que se contrasta la hipótesis nula que los cambios en ambos sentidos son iguales, y la *Prueba no paramétrica de Wilcoxon* en las variables de naturaleza cuantitativa continua.

La hipótesis nula fue rechazada cuando el valor de p resultó menor de 0,05.

4.7. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo propuesto es el siguiente (Figura 31):

1. Diseño del proyecto Septiembre 2014-Enero 2015
2. Selección y contacto con el centro experimental y centro control: febrero 2015.
3. Se realizarán visitas para primera toma de contacto y conocimiento del entorno.
4. Búsqueda bibliográfica específica: febrero-abril 2015
5. Construcción definitiva de los instrumentos de recogida de información y pruebas de validez: mayo 2016
6. Preparación y diseño de la intervención en el grupo experimental: junio 2016.
7. Pre-test grupo experimental: septiembre 2016.
8. Implementación de la intervención: septiembre 2016 – enero 2017
9. Post-test grupo experimental y grupo control: enero 2017
10. Análisis de los datos: enero – marzo 2017
11. Redacción de la memoria final: mayo 2017.
12. Correcciones: mayo 2017
13. Depósito: mayo 2017
14. Defensa de la Tesis doctoral: julio 2017.

| Cronograma y plan de trabajo | MES | SEPTIEMBRE 14 | ENERO 2015 | FEBRERO 2015 | ABRIL 2015 | MAYO 2015 | JUNIO 2015 | SEPTIEMBRE 15 | OCTUBRE 2015 | MAYO 2016 | JUNIO 2016 | SEPTIEMBRE 16 | NOVIEMBRE 16 | ENERO 17 | FEBRERO 17 | MARZO 17 | MAYO 17 | JULIO 17 |
|---|--------------------|---------------|------------|--------------|------------|-----------|------------|---------------|--------------|-----------|------------|---------------|--------------|----------|------------|----------|---------|----------|
| | ETAPA DEL PROYECTO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño del Proyecto | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selección y contacto con el centro experimental y centro control | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| Búsqueda bibliográfica específica | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| Construcción definitiva de los instrumentos de recogida de información y pruebas de validez | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | |
| Preparación y diseño de la intervención en el grupo experimental | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| Pre-test grupo experimental | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| Implementación de la intervención | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | |
| Post-test grupo experimental y grupo control | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | |
| Análisis de los datos | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | |
| Redacción de la memoria final | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | |
| Correcciones | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | |
| Depósito | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |

Figura 31. Cronograma y Plan de Trabajo. Elaboración propia

4.8. ASPECTOS ÉTICOS Y CONFIDENCIALIDAD

Para la participación en el estudio de los centros educativos seleccionados (experimental y control) se solicitó oficialmente permiso mediante una carta de presentación (carta aval de la Universidad de procedencia del investigador). Posteriormente se mantuvo una entrevista con cada uno de los directores para proporcionarles toda la información necesaria del estudio (Véase Anexo 3).

A su vez se presentó el proyecto ante la Consejería de Educación de la Región de Murcia, de modo que se pudieran obtener los accesos de forma oficial y segura a cada uno de los centros de educativos (Véase Anexo 4).

Una vez conseguidos los permisos por parte de los centros educativos y de la Consejería, se iniciaron los procedimientos necesarios para la obtención de permisos y consentimientos de los padres y de los profesores del centro.

Todos los sujetos relacionados con el ámbito de estudio, fueron informados detalladamente de los objetivos y condiciones del mismo, y se solicitaron su consentimiento informado, tanto para su participación en el mismo, como para la utilización de los resultados, de acuerdo con los principios recogidos en la Declaración de Helsinki, y siguiendo las normas del Comité Ético de la Universidad Católica de Murcia, tal y como se observa en la Ley Orgánica para la Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 5/1992). Siempre se asegurará la confidencialidad respecto a la identidad de los participantes (anonimato).

V

RESULTADOS

V - RESULTADOS

5.1. ASPECTOS GENERALES

Para la realización de esta investigación, se utilizó una muestra de 267 sujetos, de los cuales 166 formaron el grupo experimental (distribuido en 2 colegios) y 101 individuos constituyeron el grupo control.

Todos ellos pertenecían al último tramo de Educación Primaria y estaban escolarizados en colegios de la ciudad de Murcia. En la tabla 14 se puede observar la distribución por centros educativos.

Tabla 14. Distribución por centros de los sujetos del estudio

| Centros | Frecuencia | % | % válido | % acumulado |
|--------------------------|------------|-------|-------------|----------------|
| Centro experimental | | | | |
| 1 CEIP01 | 106 | 39,7 | 39,7 | 39,7 |
| Centro experimental | | | | |
| 2 CEIP02 | 60 | 22,5 | 22,5 | 62,2 |
| Centro control CEIP03 | 101 | 37,8 | 37,8 | 100 |
| Total | 267 | 100,0 | 100,0 | |

5.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES INDEPENDIENTES

La descripción de los factores independientes se realizó solamente del grupo experimental, conformado, como hemos indicado, por 166 sujetos.

5.2.1. Aspectos sociodemográficos

– *Edad*

La edad media global obtenida es de $10,64 \pm 0,63$ años, con un rango de valores comprendidos entre 9 y 13 años, correspondiendo 11 años al valor de la mediana.

– *Género*

Con respecto al género, encontramos que 79 alumnos, que suponía un 45,6%, eran niños, y que los 87 restantes, el 52,4%, eran niñas.

– *Nº de convivientes y hermanos mayores*

Esta variable se midió para determinar cómo estaban compuestos los hogares.

Con respecto al número de personas que componían el entorno del hogar se observó que la media fue de $3,38 \pm 1,13$ individuos con una mediana de 3, un valor mínimo y máximo de 2 y 8 individuos respectivamente.

Del total de sujetos del grupo experimental, un 46,4% afirmaron tener hermanos mayores y un 53,6% no tenerlos.

– *Profesión de los padres*

Para establecer esta variable se hizo una distribución de las profesiones de los padres en tres grupos: sanitarios, docentes y otras profesiones no relacionadas ni con la salud ni con la docencia.

La profesión del padre y de la madre fue unificada con respecto a la forma en que se presentaban las categorías de respuesta en esta pregunta del test; por

ejemplo, aparece sanitario cuando uno de los dos poseía una profesión relacionada con la salud.

En relación a la frecuencia de categorías de la variable profesión de los padres encontramos que un 11,4% de los sujetos tenía un parental sanitario, un 13,9% estaba relacionado con la docencia y el resto, 74,7% desempeñaban otras profesiones (Figura 32).

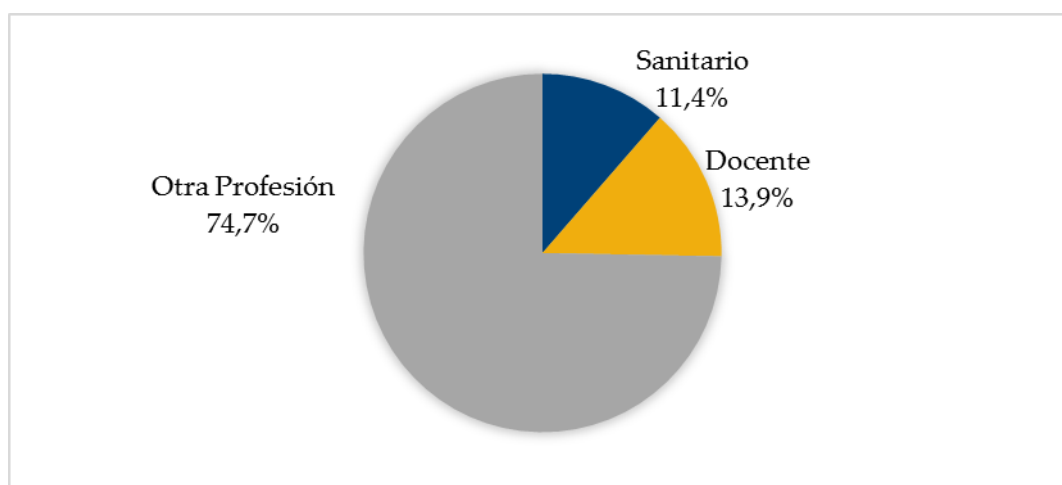


Figura 32. Distribución de la profesión de los padres

– *Medio de transporte para ir al colegio*

Como el estudio trata sobre hábitos saludables, también describimos el medio de transporte con el que se desplazaban al colegio de forma habitual.

Los medios de transporte se agruparon para su análisis en dos grandes bloques: a pie, que abarcaba los sujetos que se desplazaban tanto caminando como en bicicleta, resultando ser un 42%; y los que usaban vehículos, ya fuese, coche, moto, autobús o tranvía, que fueron el 57,2% (Tabla 15).

Tabla 15. Medio de transporte para ir al colegio

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| A pie | 71 | 42,8 | 42,8 | 42,8 |
| Vehículos | 95 | 57,2 | 57,2 | 100,0 |
| Total | 166 | 100,0 | 100,0 | |

– *Actividad deportiva*

Con respecto a esta variable se decidió medir qué porcentaje de alumnos practicaba algún deporte o actividad física fuera del horario escolar, ya fuera como ocio o como actividad extraescolar, encontrando las frecuencias que se reflejan en la tabla 16:

Tabla 16. Distribución de sujetos que practican actividad deportiva

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No | 64 | 38,6 | 38,6 | 38,6 |
| Sí | 102 | 61,4 | 61,4 | 100,0 |
| Total | 166 | 100,0 | 100,0 | |

– *Actividad artística*

Esta variable describía si los sujetos del estudio realizaban alguna actividad relacionada con el arte no incluidas en la variable de actividad física, como puede ser pintura, manualidades o tocar algún instrumento musical.

Podemos observar cómo un 73,5% de alumnos que no realizaban ninguna actividad artística frente al 26,5 que sí la realizaba (Tabla 17).

Tabla 17. Actividad Artística

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No | 122 | 73,5 | 73,5 | 73,5 |
| Sí | 44 | 26,5 | 26,5 | 100,0 |
| Total | 166 | 100,0 | 100,0 | |

Estas últimas tres variables representaban lo que hemos denominado variables relacionadas con el estilo de vida de los sujetos del estudio. A modo de resumen se han representado en la siguiente figura (Figura 33).

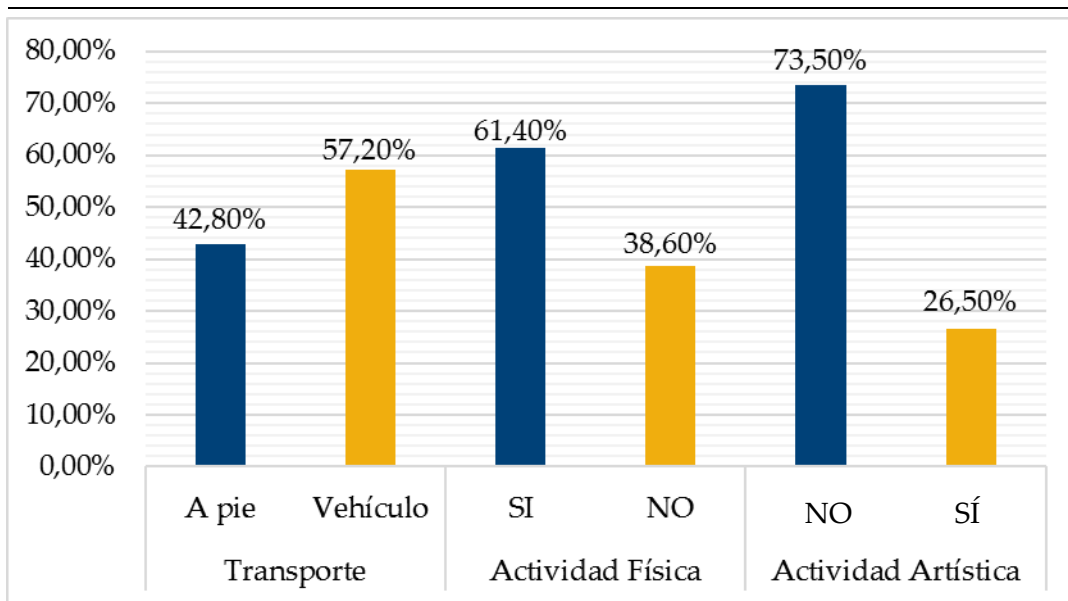


Figura 33. Actividades relacionadas con el estilo de vida

5.3. CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN

5.3.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de alimentación

En el siguiente apartado se realiza una descripción de los resultados obtenidos en el bloque de conocimientos relacionados con la alimentación. Debemos indicar que este bloque contiene cinco actividades donde se midieron los conocimientos sobre alimentación y otra actividad donde se representan los hábitos saludables en alimentación que poseían los sujetos del estudio (Tabla 18).

El bloque de alimentación comprendió unas puntuaciones entre 5 y 36. Cada una de las 5 actividades de conocimientos que lo componen podía puntuar entre 1 y 5. Por otro lado, los hábitos incluidos también en este bloque, podían puntuar entre 0 y 11.

Tabla 18. Descripción del bloque alimentación

| Actividades conocimientos alimentación | | Hábitos saludables en alimentación |
|--|---------------------|------------------------------------|
| Dieta saludable | Puntuación de 1 a 5 | Test de hábitos sobre alimentación |
| Tipos de nutrientes | Puntuación de 1 a 5 | |
| Pirámide de alimentos | Puntuación de 1 a 5 | |
| Se ha colado un intruso | Puntuación de 1 a 5 | |
| Vamos de restaurante | Puntuación de 1 a 5 | |
| | Puntuación total | Puntuación total |
| | 5-25 | 0-11 |

5.3.2. Análisis descriptivo del total del bloque de alimentación

Los resultados obtenidos en las actividades de conocimientos de alimentación reflejaron un conocimiento general entre deficiente y moderado. (Tabla 19).

Podemos destacar que sólo un 2,4% demostraba conocer de un modo excelente cómo se distribuyen los alimentos en la pirámide de alimentaria y que además sólo un 1,8% poseía un conocimiento excelente en cuanto a lo que es una

dieta saludable o qué nutrientes encontramos en los alimentos que tomamos en nuestra dieta diaria; si lo preguntamos directamente, en cambio, al tratar de averiguar qué alimento aparecía como “intruso” en un grupo de alimentos, la mayoría sabía detectarlo aportando una respuesta excelente, 59,6%. También podemos destacar que más de la mitad de los sujetos, un 54,8%, supo seleccionar en un menú de restaurante qué platos eran saludables, aportando una razón adecuada. (Tabla 19).

Tabla 19. Distribución de frecuencias de respuestas dadas en el Bloque alimentación

| Calificación | Dieta saludable | | Nutrientes | | Pirámide de alimentación | | Se ha colado un intruso | | Vamos de restaurante | |
|-----------------|-----------------|------|------------|------|--------------------------|------|-------------------------|------|----------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 No aceptable | 32 | 19,3 | 21 | 12,7 | 25 | 15,1 | 5 | 3 | 19 | 11,4 |
| 2 Deficiente | 57 | 34,3 | 57 | 34,3 | 38 | 22,9 | 3 | 1,8 | 14 | 8,4 |
| 3 Moderado | 40 | 24,1 | 62 | 37,3 | 69 | 41,6 | 15 | 9 | 23 | 13,9 |
| 4 Satisfactorio | 34 | 20,5 | 23 | 13,9 | 30 | 18,1 | 44 | 26,5 | 91 | 54,8 |
| 5 Excelente | 3 | 1,8 | 3 | 1,8 | 4 | 2,4 | 99 | 59,6 | 19 | 11,4 |
| total | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 |

En cuanto a los hábitos, se analizan de forma individual; los componían 16 afirmaciones, 11 de las cuales eran positivas y se evaluaban con un punto positivo, y 5 negativas que se valoraban con un punto negativo, con lo cual puede adoptarse un rango de valores comprendido entre 0 y 11 puntos.

Los resultados obtenidos en este punto presentaban una media de $7,29 \pm 2,30$ donde la respuesta máxima ha sido 11 y la menor 1; el percentil 50 se estableció en una puntuación de 8.

La puntuación media total de los conocimientos de alimentación antes de nuestra intervención en el grupo experimental fue de $22,95 \pm 4,95$, donde la puntuación mínima medida ha sido 7 y la máxima 33. La mediana la encontramos en el valor 23.

5.3.3. Asociación entre los factores independientes y la alimentación

– *Conocimientos sobre alimentación en función del género antes de la intervención*

La puntuación obtenida en este bloque de conocimientos de alimentación valorado antes de la intervención, ha resultado muy similar en función del género, siendo de $23,03 \pm 4,60$ puntos en el caso de los niños y de $22,89 \pm 0,27$ en el de las niñas, no mostrando un resultado estadísticamente significativo, $p=0,856$, como podemos ver en la siguiente tabla. (Tabla 20).

Tabla 20. Conocimientos medios del bloque de alimentación según género

| | Sexo | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-----------------------|------|----|-------|------|----------|
| Total alimentación | Niño | 79 | 23,03 | 4,60 | 0,856 |
| | Niña | 87 | 22,89 | 5,27 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre alimentación en función de los hermanos mayores antes de la intervención*

En cuanto a la variable hermanos mayores relacionada con el nivel de conocimientos sobre alimentación previos a la intervención obtuvimos una puntuación de $22,78 \pm 4,98$ en los sujetos que no tenían hermanos mayores y $23,10 \pm 5,03$ de los que sí los tienen; estos valores eran muy similares, no resultando ser estadísticamente significativos, $p=0,678$, (Tabla 21).

Tabla 21. Conocimientos medios del bloque de alimentación dependiente de hermanos mayores

| | Hermanos mayores | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-----------------------|------------------|----|-------|-------|----------|
| Total alimentación | Si | 89 | 23,10 | 5,030 | 0,678 |
| | No | 77 | 22,78 | 4,893 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre alimentación en función del medio de transporte empleado para ir al colegio*

Cuando analizamos las puntuaciones obtenidas en el bloque de conocimientos de alimentación en función del medio de transporte con el que se

desplazaban habitualmente al colegio, nos encontramos que los que iban a pie obtuvieron un $23,17 \pm 4,94$ puntos y $22,79 \pm 4,98$ los que iban en vehículo. Las diferencias de los valores en este bloque no han resultado estadísticamente significativas, $p=0,627$ (Tabla 22).

Tabla 22. Conocimientos medios del bloque de alimentación dependiente de medio de transporte para ir al colegio

| | Medio de Transporte | n | Media | DT | <i>p</i> |
|--------------------|---------------------|----|-------|------|----------|
| Total alimentación | A pie | 71 | 23,17 | 4,94 | 0,627 |
| | Vehículos | 95 | 22,79 | 4,98 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre alimentación en función de la actividad deportiva*

Al analizar la relación existente en los alumnos que practicaban alguna actividad deportiva fuera del entorno escolar hallamos una puntuación media en los conocimientos sobre alimentación de $22,56 \pm 5,54$ puntos en los que no realizaban ninguna actividad y $23,20 \pm 4,56$ en los que sí la realizan. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa $p=0,424$. (Tabla 23).

Tabla 23. Conocimientos medios del bloque de alimentación en función de la actividad deportiva

| | Actividad deportiva | n | Media | DT | <i>p</i> |
|--------------------|---------------------|-----|-------|------|----------|
| Total alimentación | No | 64 | 22,56 | 5,54 | 0,424 |
| | Sí | 102 | 23,20 | 4,56 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre alimentación en función de la actividad artística*

En este caso, hemos comparado si existe relación entre los conocimientos de alimentación con el hecho de realizar una actividad artística como las que describimos anteriormente. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de $22,51 \pm 5,245$, en los que no realizaban ninguna actividad artística frente a

24,18±3,829; en los que sí la realizan. Estas diferencias encontradas entre los valores de este bloque, fueron estadísticamente significativas, $p=0,027$, (Tabla 24).

Tabla 24. Conocimientos medios del bloque de alimentación en función de la actividad artística

| | Actividad artística | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-----------------------|---------------------|-----|-------|------|----------|
| Total alimentación | No | 122 | 22,51 | 5,24 | 0,027 |
| | Sí | 44 | 24,18 | 3,82 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre alimentación en función del curso académico*

En el análisis de resultados por el que hemos comparado si existía relación entre los conocimientos de alimentación con el curso académico en el que se encuentra y considerando que ambos cursos (5º y 6º) se encuentran en el último tramo de Educación Primaria y los contenidos de Educación para la salud deberían ser iguales, hemos encontrado unas diferencias muy significativas a nivel de conocimientos, 24,69 ± 4,33 puntos en los sujetos de 5º de Primaria, frente a 22,12 ± 5,03 de los de 6º, $p=0,002$ (Tabla 25).

Tabla 25. Conocimientos medios del bloque de alimentación en función del curso

| | Curso académico | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-----------------------|-----------------|-----|-------|------|----------|
| Total alimentación | 5º | 54 | 24,69 | 4,33 | 0,002 |
| | 6º | 112 | 22,12 | 5,03 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre alimentación en función de la profesión de los padres*

En este apartado hemos hecho un análisis para verificar la existencia de asociación de la profesión de los padres con el nivel de conocimientos sobre alimentación, previos a la intervención de enfermería. Observamos en la Tabla 26 que los valores medios más elevados correspondían a los niños que al menos uno de sus padres es profesional sanitario, 25,47 ± 5,16 puntos, y la menor puntuación a los niños que sus padres tenían profesiones no relacionadas con la salud o docencia, 22,23 ± 4,96 puntos, resultando en el contraste de hipótesis una asociación estadísticamente significativa, $p=0,005$.

Tabla 26. Conocimientos sobre alimentación en función de la profesión de los padres

| | n | Media | Desviación típica | Error típico | Intervalo de confianza para la media al 95% | | Mínimo | Máximo |
|-------------|-----|-------|----------------------|--------------|--|--------------------|--------|--------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | | |
| Sanitario | 19 | 25,47 | 5,168 | 1,186 | 22,98 | 27,96 | 17 | 33 |
| Docente | 23 | 24,74 | 3,558 | 0,742 | 23,20 | 26,28 | 17 | 29 |
| Profesional | 124 | 22,23 | 4,965 | 0,446 | 21,35 | 23,12 | 7 | 31 |
| Total | 166 | 22,95 | 4,954 | 0,385 | 22,19 | 23,71 | 7 | 33 |

Hemos recurrido a un test estadístico de comparaciones múltiples para verificar entre qué grupos existían mayores diferencias, quedando demostrado que los niños que tenían padres sanitarios tenían significativamente más conocimientos que los hijos de otros profesionales, $p=0,026$, pero no mayor diferencia con respecto a aquellos niños que al menos uno de sus padres era docente, $p=0,886$. Entre los docentes y otros profesionales rozaban la significación estadística, $p=0,076$ (Tabla 27).

Tabla 27. Conocimientos sobre alimentación en función de la profesión de los padres. Comparaciones múltiples

| (I) Profesión padres | (J) Profesión padres | Diferencia de medias (I-J) | Error típico | <i>p</i> | Intervalo de confianza al 95% | |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------|----------|----------------------------------|--------------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Sanitario | Docente | 0,735 | 1,495 | 0,886 | -2,96 | 4,43 |
| | Profesional | 3,240* | 1,188 | 0,026 | 0,30 | 6,18 |
| Docente | Sanitario | -0,735 | 1,495 | 0,886 | -4,43 | 2,96 |
| | Profesional | 2,505 | 1,095 | 0,076 | -0,20 | 5,21 |
| Profesional | Sanitario | -3,240* | 1,188 | 0,026 | -6,18 | -,30 |
| | Docente | -2,505 | 1,095 | 0,076 | -5,21 | ,20 |

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

– *Conocimientos sobre alimentación en función de los componentes del hogar*

Se realizó un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total del bloque de alimentación, reflejando una correlación negativa, pero algo débil, $r = -0,163$, resultando estadísticamente significativa, $p = 0,036$, lo cual significa que al aumentar el número de convivientes disminuía el valor de los conocimientos totales sobre alimentación.

5.3.4. Análisis de la variabilidad del bloque de alimentación

– *Comparación con el grupo control antes de la intervención*

En este apartado analizamos la comparación de los conocimientos medios del bloque de alimentación antes de la intervención de enfermería entre el grupo de niños del grupo experimental y el grupo control, destacando una significativa diferencia de conocimientos. El grupo control, con $24,96 \pm 3,85$ puntos poseía una calificación superior al experimental antes de la intervención, donde obtuvo $22,95 \pm 4,95$ puntos, $p = 0,018$ (Tabla 28, Figura 34)

Tabla 28. Comparación con el grupo control antes de la intervención

| GRUPO | n | Media | DT. | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 24,25 | 3,85 | 0,018 |
| Experimental (Pre) | 166 | 22,95 | 4,95 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

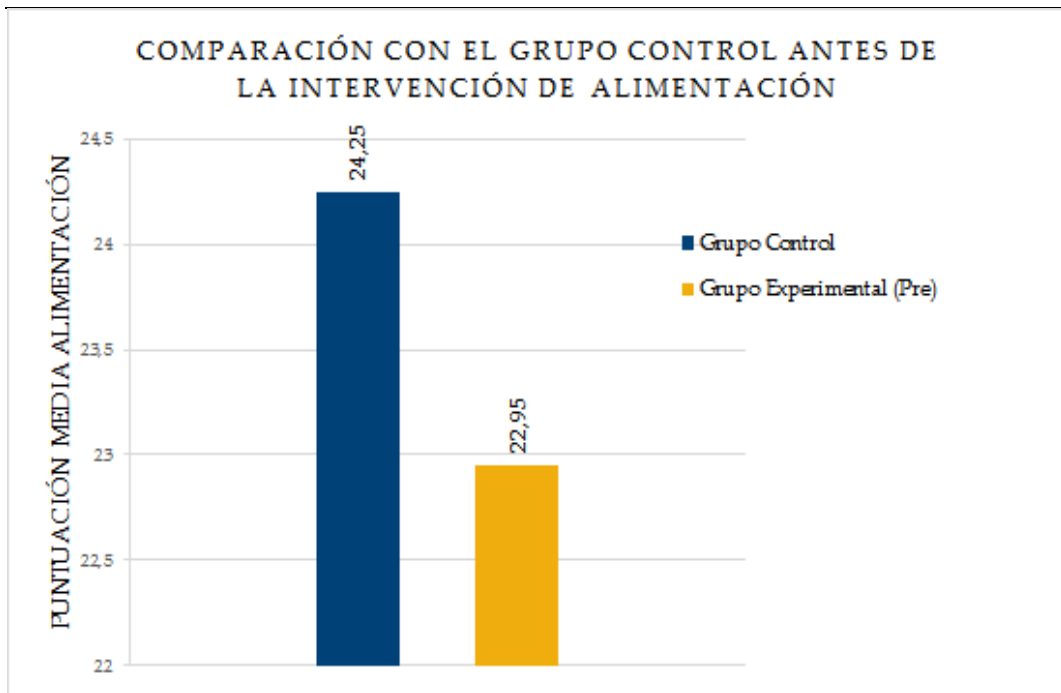


Figura 34. Comparación con el grupo control antes de la intervención. Elaboración propia

– *Comparación del bloque alimentación antes y después de la intervención.*

Al comparar el bloque de alimentación antes y después de la intervención de enfermería, resultó evidente que la puntuación de los niños aumentaba significativamente tras la intervención, $27,34 \pm 3,07$ frente a $22,95 \pm 4,95$ del grupo antes de la intervención, resultando estas diferencias estadísticamente muy significativas, $p < 0,001$. (Tabla 29).

Tabla 29. Comparación del bloque alimentación antes y después de la intervención

| | Media | n | DT | <i>p</i> |
|-------------------------|-------|-----|-------|----------|
| Total alimentación Pre | 22,95 | 166 | 4,954 | <0,001 |
| Total alimentación Post | 27,34 | 166 | 3,076 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Cambios intragrupal*

Hemos analizado, con técnicas estadísticas no paramétricas, los cambios en los conocimientos sobre alimentación ocurridos dentro del grupo antes y después de la intervención de enfermería: cuantos aumentaban su valor, cuántos lo

disminuían y cuántos quedaban igual que antes de la intervención, resultando cambios muy significativos, $p < 0,001$. (Tabla 30).

Tabla 30. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | | n | p |
|--|------------------|---------------------------|--------|
| Total alimentación Post - Total alimentación Pre | Rangos negativos | 15 (9,03%) ^a | <0,001 |
| | Rangos positivos | 137 (82,53%) ^b | |
| | Empates | 14 (8,43%) ^c | |
| | Total | 166 (100%) | |

a. Total alimentación Post < Total alimentación pre

b. Total alimentación Post > Total alimentación pre

c. Total alimentación Post = Total alimentación pre

Los 15 sujetos con rangos negativos, 9,03%, son los niños que después de la intervención han disminuido su valoración en el bloque sobre alimentación, frente a 137 (82,53%) que sí han aumentado la puntuación, lo que significa que una gran mayoría de los alumnos ha aumentado los conocimientos sobre la alimentación después de la intervención enfermera; el resto, 14 alumnos, no han modificado el valor de puntuación total de este bloque, $p < 0,001$.

–Comparación del bloque alimentación después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.

En este apartado del análisis hemos comparado el total del bloque alimentación del grupo experimental después de la intervención con el grupo control, que no recibió intervención. (Tabla 31; Figura 35).

Tabla 31. Comparación del bloque alimentación grupo control después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | p |
|-------------------------|--------------|-----|-------|-------|--------|
| Total alimentación Post | No | 101 | 24,25 | 3,851 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 27,34 | 3,076 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

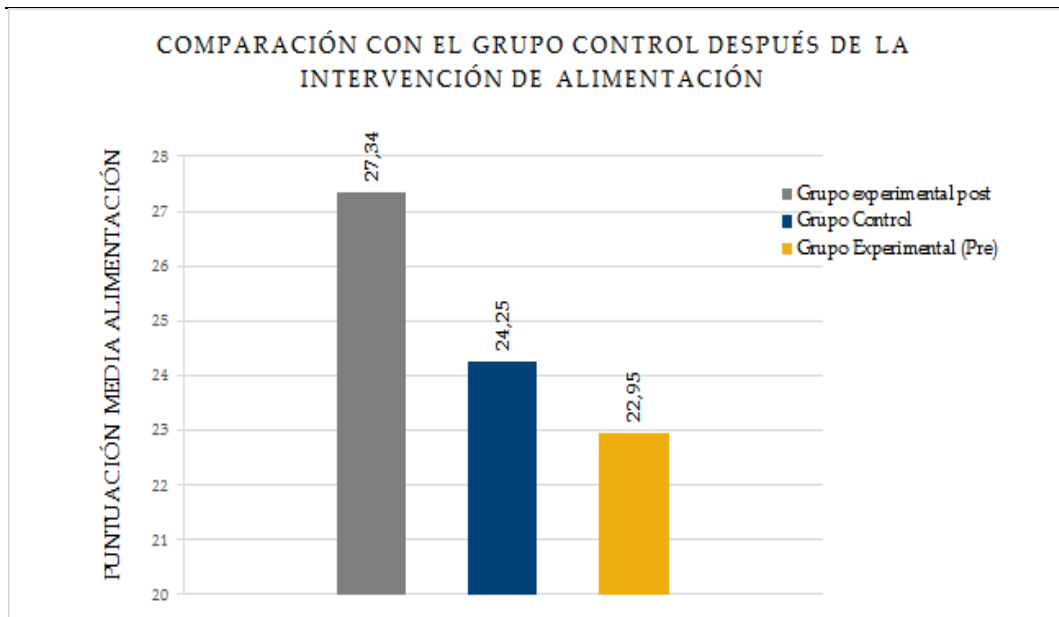


Figura 35. Comparación del bloque alimentación grupo control después de la intervención

Fue muy significativo, $p < 0,001$, que los conocimientos sobre alimentación fuesen superiores en el grupo experimental tras la intervención, obteniendo una puntuación media de $27,34 \pm 3,07$, frente a la puntuación que obtuvo el grupo de control, que fue de $24,25 \pm 3,85$. (Tabla X), resaltando más estos resultados por el hecho de que antes de la intervención enfermera el grupo de control demostraba tener conocimientos superiores.

5.4. CONOCIMIENTOS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA

5.4.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de actividad física

En el siguiente apartado se aborda una descripción de los resultados obtenidos en el bloque de conocimientos relacionados con la actividad física. El bloque de conocimientos sobre actividad física constó de cinco actividades, las cuales se valoraron con una puntuación de 1 a 5, siendo 1 una respuesta no aceptable y 5 una respuesta excelente. (Tabla 32). El bloque completo de Actividad Física tenía un rango de valores comprendidos entre 5 y 25.

Tabla 32. Contenido del bloque conocimientos de actividad física

| Actividad | Puntuación para cada actividad |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ¿Qué es ser activo? | 5- Excelente |
| Beneficios de la Actividad Física | 4- Satisfactorio |
| Activómetro | 3-Moderado |
| Pirámide de Actividad Física | 2- Deficiente |
| Decálogo sobre Actividad Física | 1 No aceptable |

5.4.2. Análisis descriptivo del total del bloque de actividad física

Los resultados obtenidos en el bloque de conocimientos sobre actividad física mostraban un conocimiento superficial acerca los beneficios que aporta a nuestro organismo la actividad física. Además encontramos que, en general, había un conocimiento moderado sobre la actividad física, sedentarismo y tiempo que se debe a realizar actividad física durante la semana, o a lo largo del día.

Como resultados destacables antes de la intervención, encontramos que un 35,9% aportaba una respuesta no aceptable al preguntarles sobre qué actividades físicas son las que se debían hacer todos los días y su duración, y qué otras actividades físicas se debían distribuir a lo largo de la semana; los alumnos para responder a esta actividad tenían que completar la pirámide de actividad física. También es destacable que sólo 7,8% supiera contestar de un modo excelente a los beneficios de la actividad física de un modo regular. En cambio sí encontramos que en la actividad denominada "Activómetro", donde tenían que completar el tiempo que era preciso dedicar a la semana a realizar actividad física y qué tiempo

como máximo dedicaban a actividades sedentarias, encontramos que un 38% sabía contestarla de un modo satisfactorio, donde además daban las claves para conseguir dicho propósito. (Tabla 33).

Tabla 33. Distribución de las puntuaciones obtenidas en el bloque de AF

| Calificación | Ser activo | | Beneficios de la Actividad Física | | Activómetro | | Pirámide de la Actividad Física | | Decálogo sobre Actividad Física | |
|-----------------|------------|------|-----------------------------------|------|-------------|------|---------------------------------|------|---------------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 No aceptable | 11 | 6,6 | 25 | 15,1 | 23 | 13,9 | 59 | 35,5 | 32 | 19,3 |
| 2 Deficiente | 30 | 18,1 | 40 | 24,1 | 22 | 13,3 | 42 | 25,3 | 57 | 34,3 |
| 3 Moderado | 62 | 37,3 | 55 | 33,1 | 39 | 23,5 | 34 | 20,5 | 42 | 25,3 |
| 4 Satisfactorio | 49 | 29,5 | 33 | 19,9 | 63 | 38,0 | 30 | 18,1 | 31 | 18,7 |
| 5 Excelente | 14 | 8,4 | 13 | 7,8 | 19 | 11,4 | 1 | 0,6 | 4 | 2,4 |
| Total | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 |

En la valoración del bloque completo, antes de la intervención en el grupo experimental, encontramos una puntuación media de $13,90 \pm 3,87$, donde la puntuación mínima obtenida fue 5 y la máxima, 22. El percentil 25 se situó en la puntuación de 11 mientras que el P50 fue 14, y P75 en 17 puntos.

5.4.3. Análisis de los factores independientes y actividad física

– *Conocimientos sobre actividad física en función del género*

La puntuación obtenida en este bloque de conocimientos sobre actividad física, ha hallado una puntuación media de $13,72 \pm 3,54$ en los niños y de $14,06 \pm 4,16$ en las niñas, y aunque éstas obtuvieron una puntuación total mayor no resultó estadísticamente significativa, $p=0,538$. (Tabla 34).

Tabla 34. Conocimientos medios del bloque actividad física según género

| | Sexo | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------|------|----|-------|------|----------|
| Actividad Física | Niño | 79 | 13,72 | 3,54 | 0,538 |
| | Niña | 87 | 14,06 | 4,16 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre actividad física en función de los hermanos mayores*

En la variable que contemplaba la existencia de hermanos mayores relacionada con el nivel de conocimientos previos sobre actividad física, hemos encontrado $14,34 \pm 3,95$ puntos en los alumnos que sí tenían hermanos mayores, frente a los $13,39 \pm 3,73$ puntos de los que no tienen hermanos, no resultando estadísticamente significativo, $p=0,116$, (Tabla 35).

Tabla 35. Conocimientos medios del bloque de actividad física según hermanos mayores

| | Hermanos mayores | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------|------------------|----|-------|-------|----------|
| Total | Si | 89 | 14,34 | 3,957 | 0,116 |
| Actividad Física | No | 77 | 13,89 | 3,739 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre actividad física en función del transporte para ir al colegio*

Cuando analizamos las puntuaciones obtenidas en este bloque en función del medio de transporte que empleaban para asistir al colegio, hallamos que los alumnos que se desplazaban a pie obtienen una puntuación prácticamente igual a los que se desplazaban mediante un vehículo, $13,92 \pm 3,81$ y $13,88 \pm 3,93$ puntos respectivamente, $p= 0,959$, (Tabla 36).

Tabla 36. Conocimientos medios del bloque de actividad física según transporte utilizado para ir al colegio

| | Medio de Transporte | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------------|---------------------|----|-------|------|----------|
| Total actividad física | A pie | 71 | 13,92 | 3,81 | 0,959 |
| | Vehículos | 95 | 13,88 | 3,93 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre actividad física en función de la actividad deportiva*

Al medir los conocimientos medios sobre actividad física en función de la actividad deportiva extraescolar que realizaban los sujetos del estudio descubrimos que no hay prácticamente diferencia en esta relación, siendo de

13,89 ± 4,06 la puntuación obtenida en los que no realizaban ninguna actividad deportiva y 13,90 ± 3,76 puntos en los que sí la realizan, $p=0,985$ (Tabla 37).

Tabla 37. Conocimientos medios del bloque de actividad física en función de la actividad deportiva extraescolar

| | Actividad deportiva | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------------------|---------------------|-----|-------|------|----------|
| Total actividad física | No | 64 | 13,89 | 4,06 | 0,985 |
| | Sí | 102 | 13,90 | 3,76 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre actividad física en función de la actividad artística*

En este caso, hemos comparado si existe relación entre los conocimientos de actividad física con el hecho de realizar una actividad artística. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 13,57 ± 3,89 en los que no realizan ninguna actividad artística frente a 14,82 ± 3,71 en los que sí la realizan. Las diferencias encontradas de puntuación de este bloque rozaban la significación estadística, $p=0,066$, lo cual nos indicaba que quienes practicaban una actividad artística son quienes demostraron más conocimientos sobre la actividad física (Tabla 38).

Tabla 38. Conocimientos medios del bloque de actividad física en función de la actividad artística

| | Actividad artística | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------------------|---------------------|-----|-------|------|----------|
| Total actividad física | No | 122 | 13,57 | 3,89 | 0,066 |
| | Sí | 44 | 14,82 | 3,71 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre actividad física en función del curso académico*

En el análisis de resultados por el que hemos comparado si existe relación entre los conocimientos de actividad física con el curso académico en el que se encontraban los sujetos y considerando que ambos cursos (5º y 6º) se ubicaban en el último tramo de Educación Primaria y los contenidos de Educación para la salud se repitieron en este tramo, hallamos, como ocurría con el bloque de alimentación,

que los niños de 5º obtuvieron mayor puntuación que los de 6º, resultando estas diferencias estadísticamente muy significativas, $p=0,001$, como podemos ver en la Tabla 39.

Tabla 39. Conocimientos medios del bloque de actividad física en función del curso

| | Curso académico | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------------|-----------------|-----|-------|------|----------|
| Total actividad física | 5º | 54 | 15,33 | 4,01 | 0,001 |
| | 6º | 112 | 13,21 | 3,62 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre actividad física en función de la profesión de los padres*

El análisis que hemos hecho en este apartado identificó la existencia de una asociación entre la profesión de los padres con el nivel de conocimientos sobre actividad física, previos a la intervención de enfermería. Observamos que los valores medios más elevados correspondieron al grupo de niños que al menos uno de sus padres era docente, $14,83 \pm 3,71$ puntos, encontrando en segundo lugar con unos conocimientos levemente inferiores a los hijos de padres sanitarios con $14,32 \pm 3,49$ y la menor puntuación a los niños que sus padres tenían profesiones distintas a la salud o docencia, $13,66 \pm 3,95$ puntos. Con la escasa diferencia existente en los valores medios de las categorías de esta variable, el test de ANOVA nos indicó que no resultaba significativa, $p=0,370$ (Tabla 40).

Tabla 40. Conocimientos sobre actividad física en función de la profesión de los padres

| | n | Media | Desviación típica | Error típico | Intervalo de confianza para la media al 95% | | Mínimo | Máximo |
|-------------|-----|-------|-------------------|--------------|---|-----------------|--------|--------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | | |
| Sanitario | 19 | 14,32 | 3,497 | 0,802 | 12,63 | 16,00 | 17 | 33 |
| Docente | 23 | 14,83 | 3,713 | 0,774 | 13,22 | 16,43 | 17 | 29 |
| Profesional | 124 | 13,66 | 3,955 | 0,355 | 12,96 | 14,36 | 7 | 31 |
| Total | 166 | 13,90 | 3,875 | 0,301 | 13,30 | 14,49 | 7 | 33 |

– *Conocimientos sobre actividad física en función de los componentes del hogar*

Se realizó un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total del bloque de actividad física, reflejando una correlación negativa, pero muy débil, $r = -0,020$ y además resultando no estadísticamente significativa, $p = 0,800$, lo que nos mostró que no hay relación entre los conocimientos sobre actividad física y el número de convivientes en el hogar.

5.4.4. Análisis de la variabilidad del bloque de actividad física

– Comparación con el grupo control antes de la intervención

En el análisis comparativo de los conocimientos medios en actividad física antes de la intervención de enfermería entre el grupo experimental y el grupo de niños que actuaron como control, destacamos, como ya ocurría en el anterior bloque, que el grupo control poseía una mejor puntuación en este bloque, $16,18 \pm 3,65$ frente al experimental que obtuvo $13,90 \pm 3,87$; siendo muy significativa esta diferencia, $p < 0,001$. (Tabla 41, Figura 36).

Tabla 41. Comparación con grupo control antes de la intervención de actividad física

| Grupo | n | Media | DT. | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 16,18 | 3,65 | <0,001 |
| Experimental (Pre) | 166 | 13,90 | 3,87 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

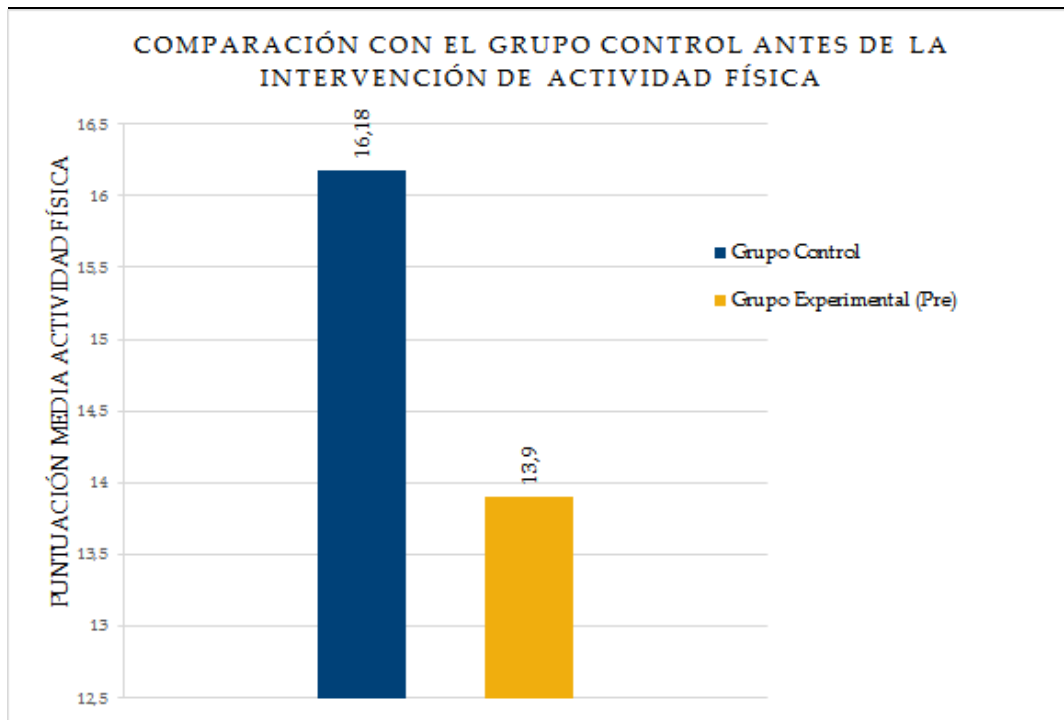


Figura 36. Comparación con grupo control antes de la intervención de actividad física

- *Comparación del bloque actividad física antes y después de la intervención.*

Al comparar el bloque de actividad física antes y después de la intervención de enfermería, debemos reflejar que se produjo un aumento muy significativo, $p < 0,001$, en la puntuación media obtenida después de la intervención de enfermería. La puntuación aumentó de $13,90 \pm 3,87$ a $16,63 \pm 3,40$. (Tabla 42).

Tabla 42. Comparación del bloque de actividad física antes y después de la intervención

| | Media | n | DT | <i>p</i> |
|-----------------------------|-------|-----|------|------------------|
| Total Actividad Física Pre | 13,90 | 166 | 3,87 | <u><0,001</u> |
| Total Actividad Física Post | 16,63 | 166 | 3,40 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

- Cambios intragrupal

A través de técnicas estadísticas no paramétricas, hemos analizado los cambios en los conocimientos sobre actividad física ocurridos dentro del grupo antes y después de la intervención de enfermería, teniendo en cuenta: ¿cuántos

aumentan su valor?, ¿cuántos disminuyen? y ¿cuántos quedan igual que antes de la intervención?, resultando unos cambios muy significativos, $p < 0,001$. (Tabla 43).

Los 32 sujetos con rangos negativos supusieron un 19,27% siendo los niños que después de la intervención han disminuido su puntuación, frente a los 124 (74,69%) que sí han aumentado la puntuación, lo que significa que una gran mayoría de los alumnos han elevado los conocimientos sobre la actividad física después de la intervención enfermera; el resto, 10 alumnos, que supusieron un 6,02%, no han modificado el valor de puntuación total de este bloque, $p < 0,001$.

Tabla 43. Cambios intragrupales sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | | n | p |
|---|------------------|---------------------------|--------|
| Total actividad física Post - Total actividad física Pre | Rangos negativos | 32 (19,27%) ^a | <0,001 |
| | Rangos positivos | 124 (74,69%) ^b | |
| | Empates | 10 (6,02%) ^c | |
| Total | | 166 | |

a. Total actividad física Post < Total actividad física pre

b. Total actividad física Post > Total actividad física

c. Total actividad física Post = Total actividad física

– *Comparación del bloque actividad física después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.*

El análisis de este apartado ha comparado la puntuación total de conocimientos sobre actividad física del grupo experimental después de la intervención de enfermería con el grupo de sujetos que hemos utilizado como control. (Tabla 44; Figura 37).

Tabla 44. Comparación del bloque actividad física antes y después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | p |
|-----------------------------|--------------|-----|-------|------|-------|
| Total actividad física Post | No | 101 | 16,18 | 3,65 | 0,311 |
| | Sí | 166 | 16,63 | 3,41 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

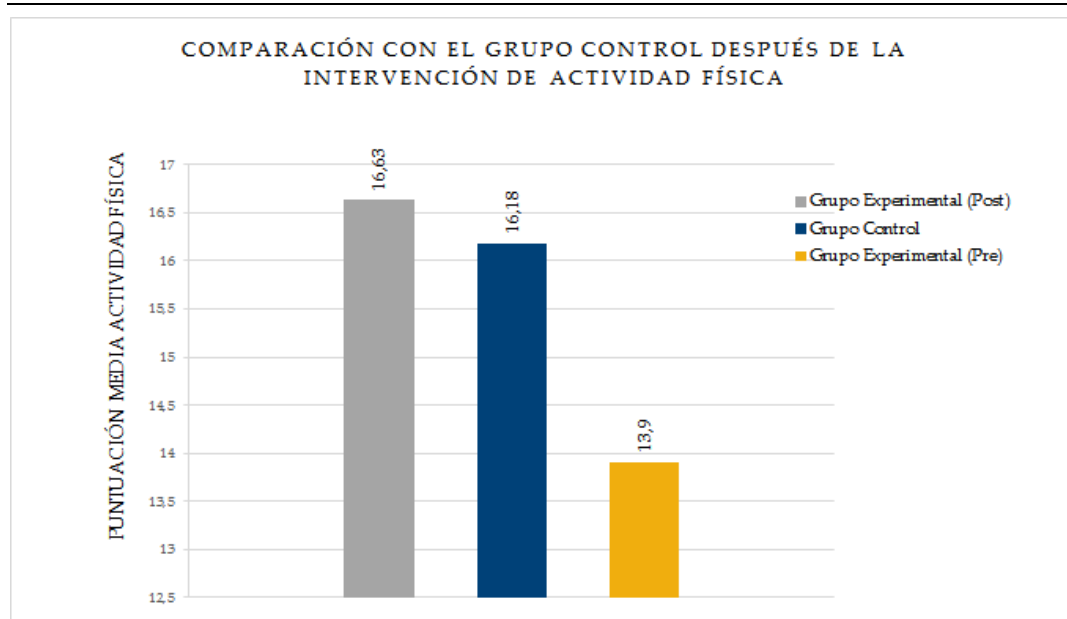


Figura 37. Comparación del bloque actividad física antes y después de la intervención

En este bloque no hay diferencias significativas en cuanto al cambio en el nivel de conocimientos entre grupos después de la intervención de enfermería, $p=0,311$.

El grupo experimental obtuvo una puntuación ligeramente superior al grupo control, $16,63 \pm 3,41$ puntos, pero éste a su vez poseía unos conocimientos medios bastante elevados, $16,18 \pm 3,65$, con lo que podemos destacar que nuestra intervención ha conseguido, al menos, igualar los conocimientos en actividad física.

5.5. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD EMOCIONAL

5.5.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de salud emocional

En el siguiente apartado se realiza una descripción de los resultados obtenidos en el bloque de conocimientos relacionados con la salud emocional.

El bloque de conocimientos sobre salud emocional constó de tres dimensiones, autoestima, control emocional emociones y habilidades de comunicación, que a su vez, estuvieron compuestas por actividades. En la siguiente tabla, mostramos a modo de resumen, las dimensiones con las actividades que las componían y la puntuación asignada a cada categoría de respuesta. (Tabla 45).

Tabla 45. Contenido del bloque de conocimientos sobre salud emocional

| Subtema | Actividades | Puntuación |
|--|-----------------------------|---------------------|
| Autoestima | ¿Qué es la autoestima? | 1 No aceptable |
| | Observando cómo eres | 2 Deficiente |
| | Tu proyecto personal | 3 Moderado |
| | Ficha sobre autoestima | 4 Satisfactorio |
| | | 5 Excelente |
| | | Total [4-20] puntos |
| Control Emocional | ¿Qué son las Emociones? | 1 No aceptable |
| | ¿Qué es la Ansiedad? | 2 Deficiente |
| | ¿Qué es la Ira? | 3 Moderado |
| | Ficha sobre emociones | 4 Satisfactorio |
| | | 5 Excelente |
| | | Total [4-20] puntos |
| Comunicación | ¿Qué es la comunicación? | 1 No aceptable |
| | ¿Qué es un malentendido? | 2 Deficiente |
| | ¿Qué es la timidez? | 3 Moderado |
| | Ficha sobre la comunicación | 4 Satisfactorio |
| | | 5 Excelente |
| | | Total [4-20] puntos |
| Total puntuación Bloque Salud Emocional [12-60] puntos | | |

Como se ha detallado en la anterior tabla 45, cada una de las dimensiones que componen el bloque de salud emocional se trató de un modo independiente en el momento de puntuar los conocimientos. Las actividades que componían cada una de las dimensiones se valoraron con puntuaciones en escala de Likert ascendente de 1 a 5, y la puntuación total de cada una puede variar de 4 a 20.

Además, la puntuación total del bloque de conocimientos sobre salud emocional era la resultante de la suma de las puntuaciones correspondientes a las tres dimensiones con lo que se podía obtener una puntuación total del bloque que comprendiese entre 16 y 60 puntos. (Tabla 45).

El análisis descriptivo de este bloque lo representamos de dos formas: por un lado haremos un análisis de cada una de las dimensiones que hemos desarrollado con los alumnos y posteriormente haremos un análisis global del bloque completo, de este modo podremos ver las diferencias encontradas en cada dimensión en la puntuación total de esta variable.

5.5.2. Análisis descriptivo de la dimensión autoestima

En este apartado incluido en el bloque de salud emocional, se ha desarrollado una descripción de los conocimientos que posee el grupo experimental sobre la autoestima, como se indicó en la tabla 46, esta dimensión estaba compuesta por cuatro actividades relacionadas con la temática, puntuables de 1 a 5, siendo 1 una respuesta no aceptable y 5 una respuesta excelente por parte del alumno.

Lo más destacable en los resultados obtenidos es que un 60,8% de los alumnos aportaron una respuesta no aceptable en la primera actividad donde tenían que responder a la pregunta “*¿Qué es la autoestima?*”. En cambio en el resto de actividades se detecta un conocimiento de al menos “moderado” en más del 70% de los alumnos, el más llamativo es en el que tenían que describir “*¿Cómo eres?*”, usando calificativos o frases cortas, donde el 48,2% aportaron una respuesta excelente. Las frecuencias totales de cada actividad se presentan en la tabla 46:

Tabla 46. Distribución de las puntuaciones obtenidas de autoestima

| Calificación | ¿Qué es la autoestima? | | ¿Cómo eres? | | Proyecto personal | | Ficha autoestima | |
|-----------------|------------------------|------|-------------|------|-------------------|------|------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 No aceptable | 101 | 60,8 | 10 | 6,0 | 10 | 6,0 | 15 | 9 |
| 2 Deficiente | 17 | 10,2 | 6 | 3,6 | 13 | 7,8 | 23 | 13,9 |
| 3 Moderado | 17 | 10,2 | 18 | 10,8 | 35 | 21,1 | 94 | 56,6 |
| 4 Satisfactorio | 21 | 12,7 | 52 | 31,3 | 52 | 31,3 | 30 | 18,1 |
| 5 Excelente | 10 | 6,0 | 80 | 48,2 | 56 | 33,7 | 4 | 2,4 |
| Total | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 |

En la valoración total de conocimientos sobre autoestima antes de la intervención en el grupo experimental encontramos una puntuación media de $12,75 \pm 2,75$, donde la puntuación mínima obtenida ha sido 4 y la máxima ha sido 18. El percentil 25 se situó en la puntuación de 11 mientras que el P50 fue 13; P75 14 puntos.

5.5.3. Análisis de los factores independientes y autoestima

– *Conocimientos sobre autoestima en función del género*

La puntuación obtenida en los conocimientos sobre autoestima, ha resultado una puntuación media de $12,39 \pm 2,79$ en los niños y de $13,07 \pm 2,69$, en las niñas, y aunque éstas obtuvieron una puntuación total ligeramente mayor, no resultó estadísticamente significativa, $p=0,114$.

– *Conocimientos sobre autoestima en función de los hermanos mayores*

En la variable hermanos mayores relacionada con el nivel de conocimientos previos sobre autoestima, la puntuación media fue de $12,79 \pm 2,79$ puntos en los que no tienen hermanos mayores y $12,71 \pm 2,72$ puntos en los que sí los tienen, siendo casi idénticas y no resultando estadísticamente significativas, $p=0,844$.

– *Conocimientos sobre autoestima en función del transporte empleado para ir al colegio*

Al analizar las puntuaciones obtenidas en este bloque en función del medio de transporte al que recurrían para asistir al colegio, hallamos que los alumnos que se desplazaban en vehículos obtuvieron una puntuación de $12,83 \pm 2,72$, ligeramente superior a los que se desplazaban a pie $12,63 \pm 2,81$ puntos, no resultando estadísticamente significativa, $p=0,648$.

– *Conocimientos sobre autoestima en función de la actividad deportiva*

Los conocimientos medios sobre autoestima en función de la actividad deportiva extraescolar que realizaban los sujetos del estudio mostraron valores medios entre los que no hay prácticamente diferencia, con una significación de $p=0,694$.

– *Conocimientos sobre autoestima en función de la actividad artística*

En este caso, hemos comparado si existe relación de los conocimientos de autoestima con el hecho de realizar una actividad artística. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de $12,68 \pm 2,86$ puntos en los que no realizan ninguna actividad artística frente a $12,93 \pm 2,45$ puntos en los que sí la realizan. Como ocurre en el apartado anterior, las diferencias encontradas en este bloque no resultaron ser estadísticamente significativas, $p=0,604$.

– *Conocimientos sobre autoestima en función del curso académico*

En el análisis de resultados de los conocimientos de autoestima en relación al curso académico en el que se encontraban los sujetos, no existen diferencias significativas, ya que, los niños de 5º obtienen una puntuación de $12,50 \pm 2,22$; y los de 6º, $12,87 \pm 2,97$ siendo $p=0,423$.

– *Conocimientos sobre autoestima en función de la profesión de los padres*

El análisis que hemos hecho en este apartado identifica la existencia de una asociación entre la profesión de los padres con el nivel de conocimientos sobre autoestima, previos a la intervención de enfermería. Observamos que los valores medios más elevados correspondían a los niños que al menos uno de sus padres

es docente o sanitario y sus puntuaciones son idénticas $13,26 \pm 1,85$ y $13,26 \pm 2,16$ puntos respectivamente; en cambio, los niños cuyos padres tienen profesiones distintas al sector sanitario o docencia, obtuvieron una puntuación de $12,57 \pm 2,95$ puntos.

La prueba ANOVA nos indicó que, entre Autoestima y profesión de padres, no existía asociación estadísticamente significativa, aunque se apreció que los hijos de sanitarios o docentes obtuvieron mejor puntuación. $p=0,375$.

– *Conocimientos sobre autoestima en función del número de componentes del hogar*

Realizamos un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total de autoestima, reflejando una correlación negativa, pero muy débil, $r= -0,057$ y además resultando no estadísticamente significativa, $p=0,350$, lo que señalaba no haber relación entre los conocimientos en autoestima y el número de convivientes en el hogar.

5.5.4. Análisis de la variabilidad de la dimensión autoestima

– *Comparación con el grupo control*

En la comparación de los conocimientos medios en autoestima antes de la intervención de enfermería entre el grupo experimental y el grupo de niños que actuaron como control, podemos matizar, como ya ocurría en los anteriores bloques, que el grupo control poseía una mejor puntuación, $13,03 \pm 2,95$ puntos, frente al experimental, que obtuvo $12,75 \pm 2,75$, pero que en este caso no resultaba ser significativa, $p=0,429$.

– *Comparación del subtema autoestima antes y después de la intervención.*

Al comparar los conocimientos de autoestima antes y después de la intervención de enfermería, debemos reflejar que se producía un aumento muy significativo, $p<0,001$, en la puntuación media obtenida después de la intervención de enfermería. La puntuación aumentaba, pasando de $12,75 \pm 2,75$ a $15,13 \pm 2,54$ puntos. (Tabla 47)

Tabla 47. Comparación conocimientos de autoestima antes y después de la intervención

| | Media | n | DT | <i>p</i> |
|-----------------------|-------|-----|------|----------|
| Total autoestima Pre | 12,75 | 166 | 2,75 | <0,001 |
| Total autoestima Post | 15,13 | 166 | 2,54 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Cambios intragrupal*

Hemos analizado (a través de técnicas estadísticas no paramétricas), los cambios en los conocimientos sobre autoestima ocurridos dentro del grupo antes y después de la intervención de enfermería teniendo en cuenta: ¿cuántos aumentan su valor?, ¿cuántos disminuyen? y ¿cuántos quedan igual que antes de la intervención?, obteniendo cambios muy significativos, $p < 0,001$. (Tabla 48).

Tabla 48. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | | n | <i>p</i> |
|---|-------------------------|---------------------------|----------|
| Total autoestima Post – Total autoestima Pre | Rangos negativos | 21 (12,65%) ^a | <0,001 |
| | Rangos positivos | 131 (78,91%) ^b | |
| Empates | 14 (8,43%) ^c | | |
| Total | 166 (100%) | | |

a. Total autoestima Post < Total autoestima pre

b. Total autoestima Post > Total autoestima pre

c. Total autoestima Post = Total autoestima pre

Es evidente la eficacia de la intervención de enfermería al aumentar 131 individuos su nivel de conocimientos, lo que supuso un 78,91%; $p < 0,001$.

– *Comparación de los conocimientos de autoestima después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.*

Para el análisis de este apartado se ha comparado la puntuación total de conocimientos sobre autoestima del grupo experimental después de la intervención de enfermería con el grupo de sujetos que hemos utilizado como control.

Resulta indudable que tras la intervención, los conocimientos de autoestima en el grupo experimental fueron superiores a los del grupo control; las diferencias encontradas en el contraste de hipótesis han resultado estadísticamente muy significativas, $p < 0,001$ (Tabla 49).

Tabla 49. Comparación de autoestima antes y después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-----------------------|--------------|-----|-------|-------|----------|
| Total autoestima Post | No | 101 | 13,03 | 2,958 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 15,13 | 2,537 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

5.5.5. Análisis descriptivo de la dimensión control emocional

En este apartado incluido en el bloque de salud emocional, se ha desarrollado una descripción de los conocimientos que poseía el grupo experimental sobre el control emocional, como se indicó en la tabla 50, esta dimensión estaba compuesta por cuatro actividades relacionadas con la temática, puntuables de 1 a 5, siendo 1 una respuesta no aceptable y 5 una respuesta excelente por parte del alumno.

Las frecuencias totales de cada actividad se presentan en la tabla ¿?. Como resultado destacable encontramos que un 38,6% de los alumnos aportaron una respuesta no aceptable a la pregunta: “¿Qué es la ansiedad?”. Además, sólo un 10,8% de los alumnos supieron definir ¿Qué son las emociones?, aportando ejemplos, que es lo que consideraba como una respuesta excelente. La ficha de emociones, la realizaron con una puntuación satisfactoria un 46,4% (Tabla 50).

Tabla 50. Distribución de las puntuaciones obtenidas de control emocional

| Calificación | ¿Qué son las emociones? | | ¿Qué es la ansiedad? | | ¿Qué es la Ira? | | Ficha emociones | |
|-----------------|-------------------------|------|----------------------|------|-----------------|------|-----------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 No aceptable | 23 | 13,9 | 64 | 38,6 | 25 | 15,1 | 11 | 6,6 |
| 2 Deficiente | 44 | 26,5 | 31 | 18,7 | 24 | 14,5 | 15 | 9,0 |
| 3 Moderado | 43 | 25,9 | 24 | 14,5 | 32 | 19,3 | 27 | 16,3 |
| 4 Satisfactorio | 38 | 22,9 | 34 | 20,5 | 55 | 33,1 | 77 | 46,4 |
| 5 Excelente | 18 | 10,8 | 13 | 7,8 | 30 | 18,1 | 36 | 21,7 |
| Total | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 |

En la valoración total de conocimientos sobre control emocional antes de la intervención en el grupo experimental encontramos una puntuación media de $12,23 \pm 3,37$, donde la puntuación mínima obtenida ha sido 4 y la máxima ha sido 20, aunque sólo fue alcanzada por un alumno. El percentil 25 se situó en la puntuación de 10, mientras que el P50 fue de 13 puntos y el P 75 fueron 15 puntos.

5.5.6. Análisis de los factores independientes y control emocional

– *Conocimientos sobre control emocional en función del género*

La puntuación obtenida en los conocimientos sobre control emocional, ha dado como resultado una puntuación media de $12,11 \pm 3,08$ en los niños y de $12,33 \pm 3,62$ puntos, en las niñas, y aunque éstas obtienen una puntuación total ligeramente mayor, no resulta estadísticamente significativa, $p= 0,674$.

– *Conocimientos sobre control emocional en función de los hermanos mayores*

La variable hermanos mayores relacionada con el nivel de conocimientos previos sobre control emocional, nos indicó que los valores medios de este bloque fueron $11,90 \pm 3,47$ puntos en los que no tenían hermanos mayores y $12,52 \pm 3,27$

puntos en los que sí los tenían, que aun siendo mejores puntuaciones, no existía una diferencia estadísticamente significativa, $p=0,237$.

– *Conocimientos sobre control emocional en función del transporte empleado para ir al colegio*

Al analizar las puntuaciones obtenidas en este bloque en función del medio de transporte al que recurrían para asistir al colegio, hallamos que los alumnos que se desplazaban en vehículos obtuvieron una puntuación de $12,23 \pm 3,65$, similar a obtenida en los que se desplazaban a pie $12,23 \pm 2,97$, no resultando estadísticamente significativa, $p= 0,991$.

– *Conocimientos sobre control emocional en función de la actividad deportiva*

Los conocimientos medios sobre control emocional en función de la actividad deportiva extraescolar que realizaban los sujetos del estudio mostraron valores medios entre los que no había prácticamente diferencia en esta relación, teniendo $12,21 \pm 3,29$ puntos los que sí realizan una actividad deportiva, frente a $12,27 \pm 3,51$ puntos los que no la realizan, con una significación de $p= 0,912$.

– *Conocimientos sobre control emocional en función de la actividad artística*

En este caso, hemos comparado si existía relación entre los conocimientos de control emocional con el hecho de realizar una actividad artística. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de $11,93 \pm 3,35$ puntos en los que no realizan ninguna actividad artística frente a $13,05 \pm 3,31$ en los que sí la realizan. En este caso, los que realizaban alguna actividad artística obtuvieron mejor puntuación y rozaban la significación estadística, $p=0,060$.

– *Conocimientos sobre control emocional en función del curso académico*

En el análisis de resultados sobre si existía relación entre los conocimientos del control emocional con el curso académico en el que se encontraban los alumnos, hemos hallado que no existían diferencias significativas, ya que, los niños de 5º obtuvieron una puntuación de $12,41 \pm 2,62$ puntos y los de 6º, $12,14 \pm 3,68$ puntos, resultando $p=0,596$.

– *Conocimientos sobre control emocional en función de la profesión de los padres*

El análisis que hemos hecho en este apartado identificó la existencia de una asociación de la profesión de los padres con el nivel de conocimientos sobre control emocional previos a la intervención de enfermería. Observamos que los valores medios más elevados correspondían a los niños que al menos uno de sus padres era sanitario, donde la puntuación media obtenida fue de $12,42 \pm 3,13$ puntos. Los alumnos cuyos padres pertenecían al grupo de los docentes obtuvieron una puntuación ligeramente inferior, $12,35 \pm 3,41$ puntos; en cambio, los niños cuyos padres tenían profesiones distintas a la salud o docencia, obtuvieron la puntuación más baja de los tres grupos, siendo esta de $12,18 \pm 3,69$ puntos.

La prueba de ANOVA nos indicó que entre la dimensión control emocional y la profesión de padres, no existía asociación estadísticamente significativa, aunque se aprecia que los niños de sanitarios o docentes obtienen mejores puntuaciones que el resto. $p=0,943$.

– *Conocimientos sobre control emocional en función del número de componentes del hogar*

Realizamos un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total de control emocional, reflejando una correlación negativa, pero débil, $r= - 0,143$, y aunque rozaba la significación estadística, $p=0,067$, tenemos que afirmar que sí hay una correlación negativa y débil que roza la significación estadística, en relación a los conocimientos en control emocional y al número de convivientes en el hogar.

5.5.7. Análisis de la variabilidad de la dimensión control emocional

– *Comparación con el grupo control*

En la comparación de los conocimientos medios de control emocional antes de la intervención de enfermería entre el grupo experimental y el grupo de niños que actuaron como control, encontramos que el grupo control posee una mejor puntuación, $13,67 \pm 3,65$ puntos, frente al experimental que obtuvo $12,23 \pm 3,37$ puntos, resultando muy significativa esta diferencia, $p=0,001$ (Tabla 51).

Tabla 51. Comparación con el grupo control antes de la intervención

| GRUPO | n | Media | DT. | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 13,67 | 3,65 | 0,001 |
| Experimental (Pre) | 166 | 12,23 | 3,37 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Comparación de la dimensión control emocional antes y después de la intervención.*

Al comparar los conocimientos de control emocional antes y después de la intervención de enfermería, debemos reflejar que se produjo un aumento muy significativo, $p < 0,001$, en la puntuación media obtenida después de la intervención de enfermería. La puntuación aumentaba, pasando de $12,23 \pm 3,37$ puntos a $15,09 \pm 3,44$ puntos (Tabla 52).

Tabla 52. Comparación conocimientos de control emocional antes y después de la intervención

| | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------------------|-----|-------|------|----------|
| Total control emocional Pre | 166 | 12,23 | 3,37 | <0,001 |
| Total control emocional Post | 166 | 15,09 | 3,44 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Cambios intragrupal*

Hemos analizado a través de técnicas estadísticas no paramétricas, los cambios en los conocimientos sobre control emocional ocurridos dentro del grupo antes y después de la intervención de enfermería, teniendo en cuenta: ¿cuántos aumentan su valor?, ¿cuántos disminuyen? y ¿cuántos quedan igual que antes de la intervención?, resultando cambios muy significativos, $p < 0,001$ (Tabla 53).

Tabla 53. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | | n | p |
|---|------------------|--------------------------|--------|
| Total control emocional Post – Total control emocional Pre | Rangos negativos | 17 (10,3%) ^a | <0,001 |
| | Rangos positivos | 135 (81,3%) ^b | |
| | Empates | 14 (8,4 %) ^c | |
| | Total | 166 (100%) | |

a. Total control emocional Post < Total control emocional pre

b. Total control emocional Post > Total control emocional pre

c. Total control emocional Post = Total control emocional pre

Es evidente la eficacia de la intervención de enfermería al aumentar 135 individuos sus conocimientos, lo que supuso un 81,3%; $p < 0,001$.

– *Comparación de los conocimientos de control emocional después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.*

Para finalizar esta dimensión, se ha comparado la puntuación total de conocimientos sobre control emocional del grupo experimental después de la intervención de enfermería con el grupo de alumnos control.

Resulta evidente que tras la intervención, los conocimientos de control emocional en el grupo experimental fueron superiores al grupo control, las diferencias encontradas en el contraste de hipótesis han resultado estadísticamente significativas, $p = 0,002$. Tabla 54.

Tabla 54. Comparación de control emocional antes y después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | p |
|------------------------------|--------------|-----|-------|------|--------|
| Total control emocional Post | No | 101 | 13,67 | 3,65 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 15,09 | 3,44 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

5.5.8. Análisis descriptivo de la dimensión comunicación

En este apartado incluido en el bloque de salud emocional, se ha desarrollado una descripción de los conocimientos que poseía el grupo experimental sobre comunicación, como se indicó en la tabla ¿?; esta dimensión estaba compuesta por cuatro actividades relacionadas con la temática, puntuables de 1 a 5, siendo 1 una respuesta no aceptable y 5 una respuesta excelente por parte del alumno.

Las frecuencias totales de cada actividad se presentan en la tabla 55.

Tabla 55. Distribución de las puntuaciones obtenidas de emociones

| Calificación | ¿Qué es la comunicación? | | ¿Qué es un malentendido? | | ¿Qué es la timidez? | | Ficha comunicación | |
|-----------------|--------------------------|------|--------------------------|------|---------------------|------|--------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 No aceptable | 24 | 14,5 | 40 | 24,1 | 27 | 16,3 | 17 | 10,2 |
| 2 Deficiente | 22 | 13,3 | 31 | 18,7 | 26 | 15,7 | 1 | 0,6 |
| 3 Moderado | 57 | 34,3 | 37 | 22,3 | 43 | 25,9 | 35 | 21,1 |
| 4 Satisfactorio | 46 | 27,7 | 42 | 25,3 | 59 | 35,5 | 93 | 56,0 |
| 5 Excelente | 17 | 10,2 | 16 | 9,6 | 11 | 6,6 | 20 | 12,0 |
| Total | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 |

Como resultado destacable encontramos que sólo un 10,2% de los alumnos aportaron una respuesta excelente a la pregunta: “¿Qué es la comunicación?”. Además, un 24,1% de los alumnos contestaron de un modo no aceptable a la cuestión: ¿Qué es un malentendido?, no aportando tampoco la forma de solucionarlo. En cambio, en la ficha sobre la comunicación se observó un 56% de los alumnos que aportaban una respuesta satisfactoria (Tabla 55).

En la valoración total de conocimientos sobre comunicación antes de la intervención de enfermería en el grupo experimental, encontramos una puntuación media de $12,43 \pm 3,54$, donde la puntuación mínima obtenida ha sido

de 4 puntos y la máxima ha sido de 19 puntos. El percentil 25 se situó en la puntuación de 10, mientras que el P50 fue 13 y el P75 fue 15 puntos.

5.5.9. Análisis de los factores independientes y comunicación

– *Conocimientos sobre comunicación en función del género*

La puntuación obtenida en los conocimientos sobre comunicación, ha resultado una puntuación media de $12,05 \pm 3,26$ en los niños y de $12,78 \pm 3,76$ puntos, en las niñas, y aunque éstas obtuvieron una puntuación total mayor, no resultó ser estadísticamente significativa, $p=0,184$.

– *Conocimientos sobre comunicación en función de los hermanos mayores*

La variable hermanos mayores según el nivel de conocimientos previos sobre comunicación, nos indicaba que los valores en este bloque fueron de $12,09 \pm 3,75$ puntos en los que no tienen hermanos mayores y $12,73 \pm 3,33$ puntos en los que sí los tienen; no obstante, no fue estadísticamente significativa la diferencia, $p=0,246$.

– *Conocimientos sobre comunicación en función del transporte empleado para ir al colegio*

Al analizar las puntuaciones obtenidas en este bloque en función del medio de transporte que utilizan para asistir al colegio, hallamos que los alumnos que se desplazaban en vehículos obtuvieron una puntuación de $12,51 \pm 3,77$, levemente superior a obtenida en los que se desplazaban a pie $12,34 \pm 3,22$, no resultando estadísticamente significativa, $p=0,764$.

– *Conocimientos sobre comunicación en función de la actividad deportiva*

Los conocimientos medios sobre comunicación en función de la actividad deportiva extraescolar que realizan los alumnos del grupo experimental mostraron valores medios en los que no hubo prácticamente diferencia en esta relación, obteniendo $12,35 \pm 3,57$ puntos los que sí realizaban una actividad deportiva, frente a $12,56 \pm 3,50$ puntos los que no la realizaban, con una significación de $p=0,711$.

– *Conocimientos sobre comunicación en función de la actividad artística*

Hemos comparado si existe relación entre los conocimientos de comunicación con el hecho de realizar una actividad artística. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de $12,40 \pm 3,41$ puntos en los que no realizaban ninguna actividad artística frente a $12,52 \pm 3,90$ puntos en los que sí la realizaban. En este caso, los que realizaban alguna actividad artística obtuvieron una puntuación levemente superior pero sin significación estadística, $p=0,846$.

– *Conocimientos sobre comunicación en función del curso académico*

En el análisis de resultados sobre si existe relación de los conocimientos de comunicación con el curso académico en el que se encuentran los alumnos, hemos encontrado que no existían diferencias significativas, ya que, los niños de 5º obtuvieron puntuaciones de $12,72 \pm 3,18$ puntos y los de 6º, $12,29 \pm 3,70$ puntos siendo $p=0,467$.

– *Conocimientos sobre comunicación en función de la profesión de los padres*

El análisis del nivel de conocimientos sobre comunicación en función de la profesión de los padres identifica que los valores medios más elevados correspondían a niños que, al menos uno de sus padres, era sanitario, donde la puntuación obtenida es de $13,16 \pm 3,67$ puntos. Los niños que sus padres tienen profesiones distintas a la salud o docencia obtienen una puntuación más baja que los de padres sanitarios pero superior al grupo de padres relacionados con la docencia, siendo ésta de $12,48 \pm 3,50$ puntos. Los alumnos cuyos padres pertenecían al grupo de los docentes obtuvieron la puntuación más baja de los tres grupos, $11,61 \pm 3,59$ puntos.

En el contraste de hipótesis encontramos que entre la dimensión comunicación y la profesión de padres no existía asociación estadísticamente significativa, aunque se apreciaba que los hijos de padres sanitarios obtuvieron mejor puntuación que el resto. $p=0,358$.

– *Conocimientos sobre comunicación en función del número de componentes del hogar.*

Realizamos un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total de comunicación, reflejando una correlación negativa, pero débil, $r = -0,082$, con un nivel de significación estadística de $p = 0,292$, por lo que podemos afirmar que no había relación entre los conocimientos sobre comunicación y el número de convivientes en el hogar.

5.5.10. Análisis de la variabilidad de la dimensión comunicación

– *Comparación con el grupo control*

En la comparación de los conocimientos medios de comunicación antes de la intervención de enfermería entre el grupo experimental y el grupo control, encontramos que el grupo control poseía una mejor puntuación, $13,52 \pm 3,61$ puntos, frente al experimental que obtuvo $12,43 \pm 3,54$ puntos, resultando significativa esta diferencia, $p = 0,016$ (Tabla 56).

Tabla 56. Comparación con el grupo control antes de la intervención

| GRUPO | n | Media | DT. | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 13,52 | 3,61 | 0,016 |
| Experimental (Pre) | 166 | 12,43 | 3,54 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Comparación de la dimensión comunicación antes y después de la intervención.*

Al contrastar los conocimientos de comunicación antes y después de la intervención de enfermería, debemos reflejar que se produjo un aumento muy significativo, $p < 0,001$, en la puntuación media obtenida después de la intervención de enfermería. La puntuación aumentó de $12,43 \pm 3,54$ puntos a $15,13 \pm 2,98$ puntos (Tabla 57).

Tabla 57. Comparación conocimientos de comunicación antes y después de la intervención

| | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-------------------------|-----|-------|------|----------|
| Total comunicación Pre | 166 | 12,43 | 3,54 | <0,001 |
| Total comunicación Post | 166 | 15,13 | 2,98 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– Cambios intragrupal

En el análisis con técnicas no paramétricas se buscó la comprobación de cambios en el nivel de conocimientos sobre comunicación experimentados en el grupo de intervención de enfermería, teniendo en cuenta: ¿cuántos aumentan su valor?, ¿cuántos disminuyen? y ¿cuántos quedan igual que antes de la intervención?, obteniendo resultados muy significativos, $p < 0,001$. (Tabla 58).

Tabla 58. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | | n | <i>p</i> |
|---|------------------|--------------------------|----------|
| Total comunicación Post – Total comunicación Pre | Rangos negativos | 18(10,8%) ^a | <0,001 |
| | Rangos positivos | 129 (77,7%) ^b | |
| | Empates | 19(11,5%) ^c | |
| | Total | 166 (100%) | |

a. Total comunicación Post < Total comunicación pre

b. Total comunicación Post > Total comunicación pre

c. Total comunicación Post = Total comunicación pre

Se evidenció la eficacia de la intervención de enfermería al aumentar sus conocimientos un total de 129 individuos, lo que supuso un 77,7%; $p < 0,001$.

– Comparación de los conocimientos de comunicación después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.

Para finalizar esta dimensión se ha comparado la puntuación total de conocimientos sobre comunicación del grupo experimental después de la intervención de enfermería con el grupo de alumnos que hemos utilizado como control (Tabla 59).

Tabla 59. Comparación de comunicación antes y después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-------------------------|--------------|-----|-------|------|----------|
| Total comunicación Post | No | 101 | 13,52 | 3,61 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 15,13 | 2,98 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

Resulta indiscutible que tras la intervención, los conocimientos de comunicación en el grupo experimental fueron superiores al grupo de control; las diferencias encontradas en el contraste de hipótesis han resultado estadísticamente muy significativas, $p < 0,001$.

5.5.11. Análisis de la variabilidad del bloque salud emocional

Como indicamos al inicio de este bloque, después de analizar cada dimensión de forma independiente, vamos a realizar el análisis global del bloque completo, de este modo podremos ver las diferencias encontradas en cada dimensión en la puntuación total de esta variable.

– Comparación con el grupo control

En la comparación de los conocimientos medios del bloque de salud emocional antes de la intervención de enfermería entre el grupo experimental y el grupo control, es evidente que la puntuación fue superior en el grupo de control, antes de la intervención, $40,23 \pm 8,48$ puntos frente a $37,41 \pm 7,66$ puntos, siendo estas diferencias muy significativas. En el contraste de hipótesis se obtuvo un valor de $p = 0,006$ (Tabla 60) (Figura 38)

Tabla 60. Comparación bloque salud emocional con el grupo control antes de la intervención

| GRUPO | n | Media | DT. | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 40,23 | 8,48 | 0,006 |
| Experimental (Pre) | 166 | 37,41 | 7,66 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

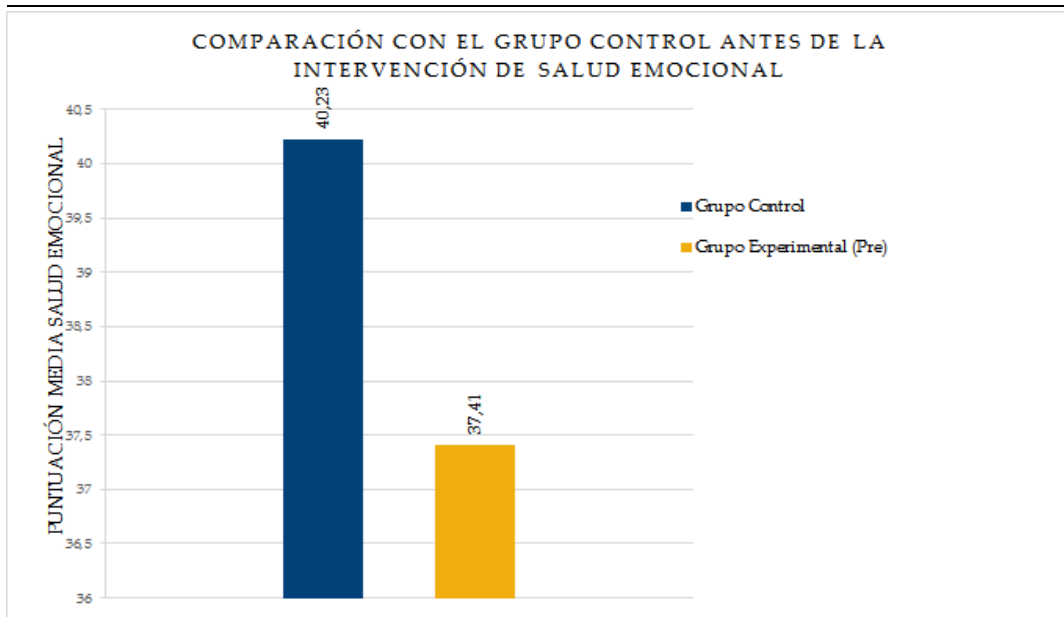


Figura 38. Comparación bloque salud emocional con el grupo control antes de la intervención

– *Comparación del bloque salud emocional antes y después de la intervención.*

Al contrastar los conocimientos del bloque de salud emocional antes y después de la intervención de enfermería, encontramos un aumento extraordinario y altamente significativo, $p < 0,001$, en la puntuación media obtenida. La puntuación aumentó de $37,41 \pm 3,54$ puntos a $45,34 \pm 7,07$ puntos (Tabla 61).

Tabla 61. Comparación conocimientos del bloque salud emocional antes y después de la intervención

| | n | Media | DT | <i>p</i> |
|----------------------------|-----|-------|------|----------|
| Total salud emocional Pre | | | | |
| Total salud emocional Post | 166 | 37,41 | 7,66 | <0,001 |
| | 166 | 45,34 | 7,07 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– Cambios intragrupal

Las técnicas estadísticas no paramétricas utilizadas en el análisis fueron aplicadas para comprobar los cambios en los conocimientos del bloque de salud emocional ocurridos dentro del grupo antes y después de la intervención de enfermería, teniendo en cuenta: ¿cuántos aumentan su valor?, ¿cuántos disminuyen? y ¿cuántos quedan igual que antes de la intervención?, resultando unos cambios muy significativos, $p < 0,001$. (Tabla 62).

Tabla 62. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | | n | p |
|---|------------------|--------------------------|--------|
| Total salud emocional Post – Total salud emocional Pre | Rangos negativos | 21(12,7%) ^a | <0,001 |
| | Rangos positivos | 144 (86,7%) ^b | |
| | Empates | 1(0,6%) ^c | |
| | Total | 166 (100%) | |

a. Total salud emocional Post < Total salud emocional pre

b. Total salud emocional Post > Total salud emocional pre

c. Total salud emocional Post = Total salud emocional pre

Es incuestionable la eficacia de la intervención de enfermería al aumentar 144 individuos sus conocimientos en los temas relativos a salud emocional post-intervención ($p < 0,001$).

– *Comparación de los conocimientos del bloque de salud emocional después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.*

Para finalizar este bloque se ha comparado la puntuación total de conocimientos de salud emocional del grupo experimental después de la intervención de enfermería con el grupo de alumnos que hemos utilizado como control (Tabla 63; Figura 39).

Tabla 63. Comparación del bloque salud emocional antes y después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | p |
|----------------------------|--------------|-----|-------|------|--------|
| Total salud emocional Post | No | 101 | 40,23 | 8,48 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 45,34 | 7,07 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

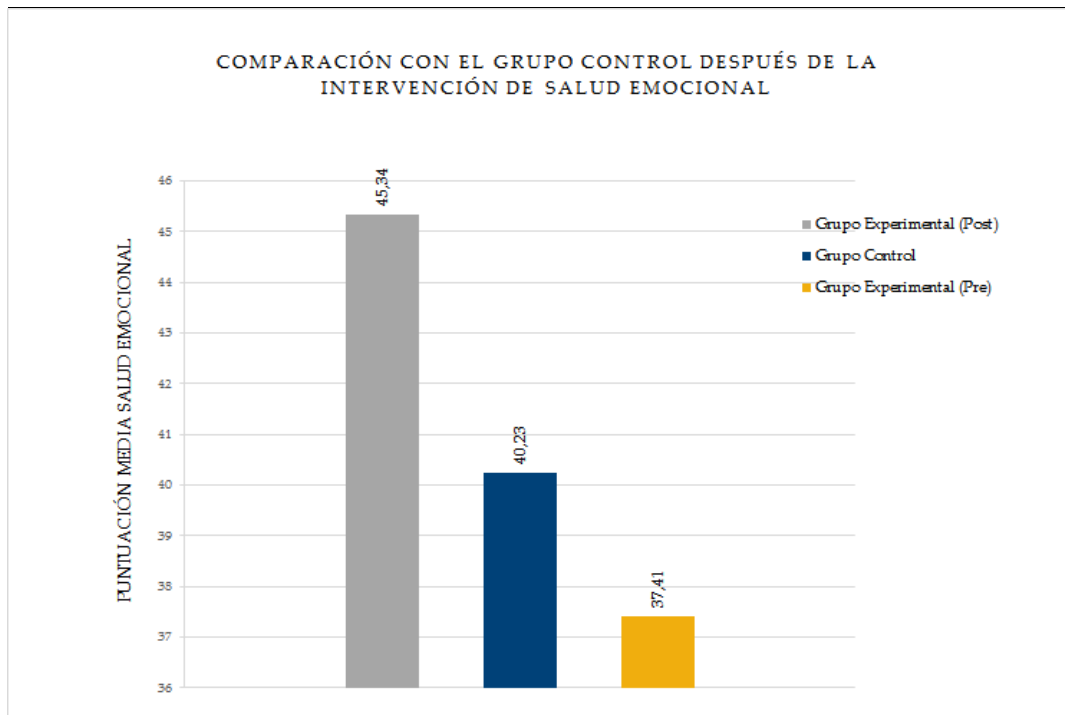


Figura 39. Comparación del bloque salud emocional antes y después de la intervención

Resulta irrefutable que tras la intervención, los conocimientos del bloque sobre la salud emocional en el grupo experimental fueron superiores al grupo de control; las diferencias encontradas en el contraste de hipótesis han resultado estadísticamente muy significativas, $p < 0,001$. (Tabla 63; Figura 39).

5.6. CONOCIMIENTOS SOBRE ADICCIONES

5.6.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de adicciones

En este siguiente bloque de conocimientos sobre salud se midieron conocimientos sobre adicciones.

El bloque de conocimientos sobre adicciones constaba de tres dimensiones, alcohol, tabaco y drogas, que a su vez, estaban compuestas por actividades. En la siguiente tabla, mostramos a modo de resumen, las dimensiones con las actividades que las componían y la puntuación. (Tabla 64).

Tabla 64. Contenido del bloque de conocimientos sobre salud emocional

| Dimensión | Actividades | Puntuación |
|---|-------------------------------------|---------------------|
| Alcohol | Efectos del Alcohol | 1 No aceptable |
| | Razones para beber/No beber | 2 Deficiente |
| | Mitos y Realidades sobre el alcohol | 3 Moderado |
| | Ficha sobre el alcohol | 4 Satisfactorio |
| | | 5 Excelente |
| | | Total [4-20] puntos |
| Tabaco | Razones para fumar/No fumar | 1 No aceptable |
| | Mitos y Realidades sobre el tabaco | 2 Deficiente |
| | Posicionamiento ante el tabaco | 3 Moderado |
| | Ficha sobre el tabaco | 4 Satisfactorio |
| | | 5 Excelente |
| | | Total [4-20] puntos |
| Drogas | ¿Qué es una droga? | 1 No aceptable |
| | ¿Es el alcohol una droga? | 2 Deficiente |
| | ¿Es el tabaco una droga? | 3 Moderado |
| | Análisis publicitario | 4 Satisfactorio |
| | Ficha sobre drogas | 5 Excelente |
| | | Total [5-25] puntos |
| Total puntuación Bloque adicciones [13-65] puntos | | |

Cada una de las dimensiones que conformaban el bloque de adicciones se trató de un modo independiente en el momento de valorar los conocimientos. Las actividades de cada una de las dimensiones de adicciones se evaluaron con puntuaciones en escala de Likert ascendente de 1 a 5, la puntuación total del bloque de conocimientos de adicciones es el resultado de la suma de las puntuaciones correspondientes a las tres dimensiones con lo que se podía obtener una puntuación total del bloque comprendida entre 13 y 65 puntos. (Tabla 64).

El análisis descriptivo de este bloque se constituyó de dos modos: por un lado, hicimos un análisis de cada una de las dimensiones que se desarrollaron con los alumnos y posteriormente se hizo un análisis global del bloque completo; así se pudieron ver las diferencias encontradas en cada dimensión de la puntuación total de esta variable, como ya ocurría en el bloque de conocimientos sobre salud emocional.

5.6.2. Análisis descriptivo de la dimensión Alcohol

Para comenzar el análisis de este bloque de conocimientos sobre adicciones, se presentó una descripción de los conocimientos que poseía el grupo experimental sobre el alcohol; esta dimensión estuvo compuesta por cuatro actividades relacionadas con la temática, puntuables de 1 a 5, siendo 1 una respuesta no aceptable y 5 una respuesta excelente por parte del alumno.

En la tabla XX se mostraron las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en cada una de las actividades de esta dimensión.

En los resultados obtenidos se pudo destacar que un 15,7% y un 45,2% aportaron una respuesta no aceptable y deficiente, respectivamente, sobre los *Efectos del alcohol*; además sólo un alumno demostró conocer de un modo excelente los efectos que el alcohol produce en nuestro cuerpo. El resto de actividades tampoco proporcionó un resultado satisfactorio en las respuestas aportadas por el alumnado, demostrando un conocimiento por debajo de la calificación de moderado en más del 80% para cada una de las actividades propuestas. Las frecuencias totales de cada actividad se presentan en la tabla 65:

Tabla 65. Distribución de las puntuaciones obtenidas en la dimensión alcohol

| Calificación | Efectos del Alcohol | | Razones para Beber/No Beber | | Mitos y realidades del Alcohol | | Ficha alcohol | |
|-----------------|---------------------|------|-----------------------------|------|--------------------------------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 No aceptable | 26 | 15,7 | 42 | 25,3 | 54 | 32,5 | 20 | 12,0 |
| 2 Deficiente | 75 | 45,2 | 62 | 37,3 | 42 | 25,3 | 30 | 18,1 |
| 3 Moderado | 50 | 30,1 | 42 | 25,3 | 43 | 25,9 | 79 | 47,6 |
| 4 Satisfactorio | 14 | 8,4 | 16 | 9,6 | 25 | 15,1 | 35 | 21,1 |
| 5 Excelente | 1 | 0,6 | 4 | 2,4 | 2 | 1,2 | 2 | 1,2 |
| Total | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 |

En la valoración total de conocimientos sobre alcohol antes de la intervención en el grupo experimental, se encontró una puntuación media de $9,68 \pm 2,61$ puntos, donde la puntuación mínima obtenida fue de 4 puntos y la máxima fue de 15 puntos. El P25 se situó en la puntuación de 8, el P50 fue 10 puntos y el P75 se situó en 11 puntos.

5.6.3. Análisis de los factores independientes y alcohol

– *Conocimientos sobre alcohol en función del género*

Al analizar los conocimientos sobre alcohol en función del género, resultó una puntuación media de $9,53 \pm 2,82$ en los niños y de $9,82 \pm 2,41$ puntos, en las niñas, y aunque éstas obtuvieron una puntuación total ligeramente mayor, no resultó estadísticamente significativa, $p=0,484$.

– *Conocimientos sobre alcohol en función de los hermanos mayores*

La variable hermanos mayores en función del nivel de conocimientos previos sobre alcohol, nos indicó que los valores de este bloque fueron de $9,74 \pm 2,63$ puntos en aquellos que no tenían hermanos mayores y $9,63 \pm 2,60$ puntos en

los que sí los tenían, no resultando estadísticamente significativa la diferencia, $p=0,785$.

– *Conocimientos sobre alcohol en función del transporte empleado para ir al colegio*

En el análisis de las puntuaciones que se obtuvieron en este bloque en función del medio de transporte que utilizaban los alumnos del grupo experimental para asistir al colegio, hallamos que los alumnos que se desplazaban a pie obtuvieron una puntuación de $9,87 \pm 2,41$ puntos, ligeramente superior a los que se desplazan en vehículos, que alcanzaron $9,54 \pm 2,75$ puntos, $p= 0,413$.

– *Conocimientos sobre alcohol en función de la actividad deportiva*

Los conocimientos medios sobre alcohol en función de la actividad deportiva extraescolar que realizaban los sujetos del estudio, mostraron unos valores medios en los que no hay prácticamente diferencia en esta relación, teniendo $9,72 \pm 2,56$ puntos los que sí realizaban una actividad deportiva, frente a los $9,63 \pm 2,70$ puntos los que no la realizaban, con una significación de $p= 0,828$.

– *Conocimientos sobre alcohol en función de la actividad artística*

Cuando se cotejaron los resultados obtenidos en función de la actividad artística, se volvió a encontrar que los alumnos que sí realizaban una actividad artística obtuvieron una mejor calificación en esta dimensión y que esta relación fue estadísticamente significativa. $p=0,050$ (Tabla 66).

Tabla 66. Conocimientos sobre alcohol en función de la actividad artística

| | Actividad artística | n | Media | DT | <i>p</i> |
|---------|---------------------|-----|-------|------|----------|
| Alcohol | No | 122 | 9,44 | 2,67 | 0,050 |
| | Sí | 44 | 10,34 | 2,34 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre alcohol en función del curso académico*

En el análisis de resultados sobre si existe relación de los conocimientos de alcohol con el curso académico en el que se encontraban los alumnos, se hallaron de nuevo diferencias muy significativas, $p<0,001$, ya que, los niños de 5º obtuvieron

una puntuación de $10,61 \pm 2,06$ puntos, muy superior a la que obtuvieron los de 6º, $9,23 \pm 2,73$ puntos (Tabla 67).

Tabla 67. Conocimientos de alcohol en función del curso académico

| | Curso académico | n | Media | DT | <i>p</i> |
|---------|-----------------|-----|-------|------|----------|
| Alcohol | 5º | 54 | 10,61 | 2,06 | <0,001 |
| | 6º | 112 | 9,23 | 2,73 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre alcohol en función de la profesión de los padres*

El análisis descriptivo que se hizo en este apartado, identificó la existencia de una asociación entre la profesión de los padres con el nivel de conocimientos sobre alcohol, previos a la intervención de enfermería. (Tabla 68).

Tabla 68. Conocimientos sobre alcohol en función de la profesión de los padres

| | n | Media | Desviación típica | Error típico | Intervalo de confianza para la media al 95% | | Mínimo | Máximo |
|-------------|-----|-------|----------------------|--------------|--|--------------------|--------|--------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | | |
| Sanitario | 19 | 10,05 | 2,66 | 0,609 | 8,77 | 11,33 | 4 | 13 |
| Docente | 23 | 9,91 | 2,39 | 0,499 | 8,88 | 10,95 | 4 | 15 |
| Profesional | 124 | 9,58 | 2,65 | 0,238 | 9,11 | 10,05 | 4 | 15 |
| Total | 166 | 9,68 | 2,61 | 0,202 | 9,28 | 10,08 | 4 | 15 |

Se observó que los valores medios más elevados correspondían a niños que, al menos uno de sus padres era sanitario, donde la puntuación que obtuvieron fue de $10,05 \pm 2,66$ puntos. Los alumnos cuyos padres pertenecían al grupo de docentes obtuvieron una puntuación ligeramente inferior $9,91 \pm 2,39$ puntos; en cambio, los niños que sus padres tenían profesiones distintas al sector sanitario o docente, obtuvieron la puntuación más baja de los tres grupos, con $9,68 \pm 2,61$ puntos.

La prueba de ANOVA nos reveló que entre la dimensión alcohol y la profesión de padres no existe una asociación estadísticamente significativa,

aunque se apreció que los niños de sanitarios o docentes obtuvieron mejor puntuación que el resto. $p=0,462$.

– *Conocimientos sobre alcohol en función del número de componentes del hogar*

Se realizó un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total de alcohol, reflejando una correlación negativa, pero débil, $r= - 0,043$, y $p=0,600$, con lo que podemos que afirmar que no hay relación entre los conocimientos en alcohol y el número de convivientes en el hogar.

5.6.4. Análisis de la variabilidad de la dimensión alcohol

– *Comparación con el grupo control antes de la intervención*

En esta sección se analizaron los conocimientos medios de alcohol antes de la intervención de enfermería entre el grupo de alumnos del grupo experimental y el grupo que ha hecho de control, destacando una diferencia significativa de conocimientos. $p=0,002$. El grupo control obtuvo $10,75 \pm 2,74$ puntos, siendo superior, al experimental antes de la intervención, que alcanzó una puntuación de $9,68 \pm 2,61$ puntos, (Tabla 69).

Tabla 69. Comparación con el grupo control antes de la intervención

| GRUPO | n | Media | DT | p |
|--------------------|-----|-------|------|-------|
| Control | 101 | 10,75 | 2,74 | 0,002 |
| Experimental (Pre) | 166 | 9,68 | 2,61 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

– *Comparación de la dimensión alcohol antes y después de la intervención.*

Al comparar los conocimientos sobre alcohol antes y después de la intervención de enfermería se evidenció que la puntuación de los niños aumentó significativamente tras la intervención pasando de $9,68 \pm 2,61$ puntos a $12,08 \pm 2,60$ puntos. Estas diferencias fueron estadísticamente muy significativas, $p<0,001$ (Tabla 70).

Tabla 70. Comparación dimensión alcohol antes y después de la intervención

| | n | Media | DT | p |
|--------------------|-----|-------|------|--------|
| Total alcohol Pre | 166 | 9,68 | 2,61 | <0,001 |
| Total alcohol Post | 166 | 12,08 | 2,60 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

– Cambios intragrupal

Los cambios en los conocimientos sobre alcohol ocurridos dentro del grupo se analizaron con técnicas estadísticas no paramétricas: cuántos aumentaron su valor, cuántos disminuyeron y cuántos se quedaron igual que antes de la intervención, resultando unos cambios muy significativos, $p < 0,001$. (Tabla xx).

Tabla 71. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | n | p |
|--|--------------------------|--------|
| Total alcohol Post - Total alcohol Pre | | |
| Rangos negativos | 22 (13,3%) ^a | <0,001 |
| Rangos positivos | 123 (74,1%) ^b | |
| Empates | 21 (12,6%) ^c | |
| Total | 166 (100%) | |

a. Total alcohol Post < Total alcohol pre

b. Total alcohol Post > Total alcohol pre

c. Total alcohol Post = Total alcohol pre

Los 22 sujetos con rangos negativos, 13,3%, son los niños que después de la intervención disminuyeron su puntuación, frente a los 123 (74,1%) que sí aumentaron la puntuación, lo que significa que una gran mayoría de los alumnos han aumentado los conocimientos sobre la alcohol después de la intervención enfermera, el resto, 21 alumnos, no modificaron el valor de esta dimensión.

– *Comparación de la dimensión alcohol después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.*

En este apartado del análisis se compararon las puntuaciones obtenidas por grupo experimental después de la intervención, con el grupo de control que no recibió ninguna intervención. (Tabla 72).

Tabla 72. Comparación de la dimensión alcohol con grupo control después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | <i>p</i> |
|--------------------|--------------|-----|-------|------|----------|
| Total alcohol Post | No | 101 | 10,75 | 2,74 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 12,08 | 2,60 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

Es muy significativo, $p < 0,001$, que los conocimientos sobre alcohol aumentaran en el grupo experimental por encima de la puntuación que obtuvo el grupo control.

5.6.5. Análisis descriptivo de la dimensión tabaco

Para continuar el análisis de este bloque de conocimientos sobre adicciones, haremos una descripción de los conocimientos que se identificaron en el grupo experimental sobre el tabaco; esta dimensión estuvo compuesta por cuatro actividades relacionadas con la temática, puntuables de 1 a 5, siendo 1 una respuesta no aceptable y 5 una respuesta excelente por parte del alumno.

En la tabla 73 se muestran las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en cada una de las actividades de esta dimensión.

En los resultados obtenidos se puede destacar que un 67,5% no aportó un posicionamiento satisfactorio ante el tabaco, lo que significó que no demostraron un conocimiento claro sobre los efectos nocivos del tabaco y su posible consumo futuro. En esta actividad, sólo un 2,4% realizó un posicionamiento excelente ante el consumo de tabaco en el futuro, con un rotundo NO. En el resto de actividades podemos destacar que un 68,1% de los alumnos presentaron un conocimiento deficiente a la cuestión *Razones para fumar/No fumar*, como se puede comprobar en la tabla 73.

Tabla 73. Distribución de las puntuaciones obtenidas en la dimensión tabaco

| Calificación | Razones para fumar/no fumar | | Mitos y realidades del Tabaco | | Posicionamiento ante el tabaco | | Ficha tabaco | |
|-----------------|-----------------------------|------|-------------------------------|------|--------------------------------|------|--------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 No aceptable | 44 | 26,5 | 37 | 22,3 | 48 | 28,9 | 15 | 9,0 |
| 2 Deficiente | 69 | 41,6 | 41 | 24,7 | 20 | 12,0 | 18 | 10,8 |
| 3 Moderado | 44 | 26,5 | 45 | 27,1 | 44 | 26,5 | 93 | 56,0 |
| 4 Satisfactorio | 8 | 4,8 | 39 | 23,5 | 40 | 24,1 | 37 | 22,3 |
| 5 Excelente | 1 | 0,6 | 4 | 2,4 | 14 | 8,4 | 3 | 1,8 |
| Total | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 |

En la valoración total de conocimientos sobre tabaco antes de la intervención en el grupo experimental, se midió una puntuación media de $10,39 \pm 2,98$, donde la puntuación mínima obtenida fue de 4 puntos, y la máxima fue de 16 puntos. El P25 se situó en una puntuación de 8, mientras que el P50 fue de 11 puntos y 13 puntos el P75.

5.6.6. Análisis de los factores independientes y tabaco

– *Conocimientos sobre tabaco en función del género*

Al analizar los conocimientos sobre tabaco en función del género, resultó una puntuación media de $10,47 \pm 3,12$ en los niños y de $10,31 \pm 2,85$ puntos, en las niñas, y aunque éstas obtuvieron una puntuación total ligeramente inferior, no resultó estadísticamente significativa, $p= 0,734$.

– *Conocimientos sobre tabaco en función de los hermanos mayores*

La variable hermanos mayores relacionada con el nivel de conocimientos previos sobre tabaco, nos indicó que los valores de este bloque fueron de $10,13 \pm 2,96$ puntos de los que no tienen hermanos mayores y $10,61 \pm 2,99$ puntos en los

que sí los tienen, y aunque estos últimos obtuvieron una puntuación mayor, no resultó ser estadísticamente significativa, $p=0,305$.

– *Conocimientos sobre tabaco en función del transporte empleado para ir al colegio*

En el análisis de las puntuaciones que se obtuvieron en este bloque en función del medio de transporte que utilizaban los alumnos del grupo experimental para asistir al colegio, hallamos que los alumnos que se desplazan a pie obtuvieron una puntuación de $11,06 \pm 3,16$ puntos frente a los $9,88 \pm 2,74$ puntos de los que se desplazaban en vehículos. Esta diferencia resultó ser estadísticamente muy significativa, $p=0,012$ (Tabla 74).

Tabla 74. Conocimientos medios de tabaco en función del medio de transporte para ir al colegio

| | Medio de Transporte | n | Media | DT | <i>p</i> |
|--------------|---------------------|----|-------|------|----------|
| Total Tabaco | A pie | 71 | 11,06 | 3,16 | 0,012 |
| | Vehículos | 95 | 9,88 | 2,74 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre tabaco en función de la actividad deportiva*

Los conocimientos medios sobre tabaco en función de la actividad deportiva extraescolar, expusieron unos valores medios en los que no hay prácticamente diferencia en esta relación, teniendo $10,52 \pm 3,04$ puntos los que sí realizan una actividad deportiva, frente a los $10,17 \pm 2,88$ puntos los que no la realizan, con una significación de $p=0,465$.

– *Conocimientos sobre tabaco en función de la actividad artística*

Cuando se midieron los resultados obtenidos en función de la actividad artística, se volvió a encontrar que los alumnos que sí realizan una actividad artística obtuvieron una mejor calificación en esta dimensión y que esta relación fue estadísticamente significativa. $p=0,018$ (Tabla 75).

Tabla 75. Conocimientos sobre tabaco en función de la actividad artística

| | Actividad artística | n | Media | DT | <i>p</i> |
|--------|---------------------|-----|-------|------|----------|
| Tabaco | No | 122 | 10,06 | 3,06 | 0,018 |
| | Sí | 44 | 11,30 | 2,56 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre tabaco en función del curso académico*

En el análisis de resultados sobre si existe relación de los conocimientos de tabaco con el curso académico en el que se encuentran los alumnos, se encontraron de nuevo, diferencias muy significativas, $p < 0,001$, ya que, los niños de 5º obtuvieron una puntuación de $12,04 \pm 2,56$ puntos, muy superior a la que obtuvieron los de 6º, $9,59 \pm 2,84$ puntos (Tabla 76).

Tabla 76. Conocimientos de tabaco en función del curso académico

| | Curso académico | n | Media | DT | <i>p</i> |
|--------|-----------------|-----|-------|------|----------|
| Tabaco | 5º | 54 | 12,04 | 2,56 | <0,001 |
| | 6º | 112 | 9,59 | 2,84 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre tabaco en función de la profesión de los padres*

El análisis descriptivo que se hizo en este apartado, identificó la existencia de una asociación de la profesión de los padres con el nivel de conocimientos sobre tabaco previos a la intervención de enfermería (Tabla 77).

Tabla 77. Conocimientos sobre tabaco en función de la profesión de los padres

| | n | Media | Desviación típica | Error típico | Intervalo de confianza para la media al 95% | | | |
|-------------|-----|-------|-------------------|--------------|---|-----------------|--------|--------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | Mínimo | Máximo |
| Sanitario | 19 | 11,95 | 2,718 | 0,623 | 10,64 | 13,26 | 6 | 16 |
| Docente | 23 | 11,17 | 2,605 | 0,543 | 10,05 | 12,30 | 4 | 15 |
| Profesional | 124 | 10,00 | 2,990 | 0,269 | 9,47 | 10,53 | 4 | 16 |
| Total | 166 | 10,39 | 2,976 | 0,231 | 9,93 | 10,84 | 4 | 16 |

Los valores medios más elevados correspondieron a los alumnos que al menos uno de sus padres tenía una profesión relacionada con la salud. La puntuación de esos alumnos fue de $11,95 \pm 2,72$ puntos y el rango de puntuaciones estuvo establecida desde 10,64 hasta 13,26 puntos, lo que nos indica que estuvieron muy por encima del resto de alumnos (Tabla 77). Asimismo, la prueba de ANOVA nos reveló que entre la dimensión tabaco y la profesión de los padres existía una asociación estadísticamente significativa, $p=0,011$.

Para verificar entre qué grupos existen mayores diferencias, se recurrió a un test estadístico de comparaciones múltiples, (Tabla 77), quedando demostrado que los niños cuyos padres son sanitarios tienen significativamente más conocimientos que los hijos de profesionales, $p=0,027$, pero que no existió una diferencia estadísticamente significativa con aquéllos niños que al menos uno de sus padres es docente, $p=0,603$. Entre los hijos de otros profesionales y los de docentes, no hay diferencias significativas, $p= 0,313$.

Es evidente que sólo los hijos de sanitarios demostraron tener más conocimientos, pero sólo fue significativa la diferencia con los hijos de otros profesionales, no con docentes (Tabla 78).

Tabla 78. Conocimientos sobre tabaco en función de la profesión de los padres.

Comparaciones múltiples

| (I) Profesión padres | (J) Profesión padres | Diferencia de medias (I-J) | Error típico | <i>p</i> | Intervalo de confianza al 95% | |
|----------------------|----------------------|----------------------------|--------------|----------|-------------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Sanitario | Docente | 0,773 | 0,903 | 0,693 | -1,46 | 3,00 |
| | <u>Profesional</u> | 1,947* | 0,717 | 0,027 | 0,18 | 3,72 |
| Docente | Sanitario | -0,773 | 0,903 | 0,693 | -3,00 | 1,46 |
| | <u>Profesional</u> | 1,174 | 0,661 | 0,210 | -0,46 | 2,81 |
| Profesional | Sanitario | -1,947* | 0,717 | 0,027 | -3,72 | -0,18 |
| | Docente | -1,174 | 0,661 | 0,210 | -2,81 | 0,46 |

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

– *Conocimientos sobre tabaco en función del número de componentes del hogar*

Se realizó un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total de tabaco, manifestando una correlación negativa,

$r = -0,191$, y resultó ser estadísticamente significativa, $p = 0,014$, con lo que podemos certificar que al aumentar el número de convivientes en el hogar disminuía la puntuación relacionada con los conocimientos en tabaco.

5.6.7. Análisis de la variabilidad de la dimensión tabaco

– Comparación con el grupo control antes de la intervención

En este apartado se analizaron los conocimientos medios de tabaco antes de la intervención de enfermería entre el grupo experimental y el grupo que ha hecho de control. La diferencia encontrada en este caso no resultó estadísticamente significativa, $p = 0,269$, aunque los alumnos que actuaron como control obtuvieron una puntuación levemente superior, $10,77 \pm 2,63$ puntos frente a $10,39 \pm 2,98$ puntos del grupo experimental (Tabla 79).

Tabla 79. Comparación con el grupo control antes de la intervención

| GRUPO | n | Media | DT. | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 10,77 | 2,63 | 0,269 |
| Experimental (Pre) | 166 | 10,39 | 2,98 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– Comparación de la dimensión tabaco antes y después de la intervención.

En la comparación sobre conocimientos de tabaco que se hizo antes y después de la intervención de enfermería en el grupo experimental se evidenció que la puntuación de los niños aumentó muy significativamente, aumentando de $10,39 \pm 2,98$ puntos a $12,28 \pm 2,34$ puntos, siendo $p < 0,001$. (Tabla 80).

Tabla 80. Comparación dimensión tabaco antes y después de la intervención

| | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-------------------|-----|-------|------|----------|
| Total tabaco Pre | 166 | 10,39 | 2,98 | <0,001 |
| Total tabaco Post | 166 | 12,28 | 2,36 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– Cambios intragrupal

Los cambios en los conocimientos sobre tabaco ocurridos dentro del grupo se analizaron con técnicas estadísticas no paramétricas, para conocer cuántos sujetos aumentaron su valor, cuántos disminuyeron y cuántos se quedaron igual que antes de la intervención de enfermería, obteniendo cambios muy significativos, $p < 0,001$ (Tabla 81).

Tabla 81. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | n | p |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------|
| Total tabaco Post - Total tabaco Pre | Rangos negativos | 38 (22,9%) ^a |
| | Rangos positivos | 115 (69,3%) ^b |
| | Empates | 13 (7,8%) ^c |
| | Total | 166 (100%) |
| | | <0,001 |

a. Total tabaco Post < Total tabaco pre

b. Total tabaco Post > Total tabaco pre

c. Total tabaco Post = Total tabaco pre

Los 38 sujetos con rangos negativos, que suponen un 22,9%, fueron los niños que después de la intervención disminuyeron su puntuación, frente a los 115 (69,3%) que aumentaron la puntuación, lo que significa que una gran mayoría de los alumnos aumentaron los conocimientos sobre el tabaco después de la intervención enfermera; el resto, 13 alumnos, no modificaron el valor de esta dimensión (Tabla 81).

– Comparación de la dimensión tabaco después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.

En este apartado del análisis se compararon las puntuaciones obtenidas por grupo experimental después de la intervención de enfermería, con el grupo de control, que no recibió ninguna intervención (Tabla 82).

Tabla 82. Comparación de la dimensión tabaco con grupo control después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | p |
|-------------------|--------------|-----|-------|------|--------|
| Total tabaco Post | No | 101 | 10,77 | 2,63 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 12,28 | 2,36 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

Tras la intervención, los niños que recibieron la enseñanza del profesional de enfermería, aumentaron su conocimiento obteniendo unos valores por encima del grupo control, resultando unas diferencias muy significativas, $p < 0,001$.

5.6.8. Análisis descriptivo de la dimensión Drogas

Para la última dimensión que compone este bloque de adicciones, se presenta una descripción de los conocimientos que posee el grupo experimental sobre las drogas, esta dimensión estuvo compuesta por cinco actividades relacionadas con la temática, puntuables de 1 a 5, siendo 1 una respuesta no aceptable y 5 una respuesta excelente por parte del alumno.

En la tabla 83 se muestran las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en cada una de las actividades de esta dimensión.

En esta dimensión hemos encontrado las peores puntuaciones de todos los apartados analizados hasta ahora, hallando un porcentaje de alumnos con una calificación de deficiente o insuficiente, por encima del 60% en cada una de las actividades planteadas. Se puede destacar que un 50% de los alumnos no respondió, o lo hizo de un modo no aceptable, a la pregunta *¿Qué es una droga?* Asimismo, en esta misma cuestión no hubo alumnos que la contestaran de un modo excelente (Tabla 83).

Tabla 83. Distribución de las puntuaciones obtenidas en la dimensión drogas

| Calificación | ¿Qué es una droga? | | ¿Es el alcohol una droga? | | ¿Es el tabaco una droga? | | Análisis Publicitario | | Ficha drogas | |
|-----------------|--------------------|------|---------------------------|------|--------------------------|------|-----------------------|------|--------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 No aceptable | 83 | 50,0 | 60 | 36,1 | 46 | 27,7 | 47 | 28,3 | 41 | 24,7 |
| 2 Deficiente | 46 | 27,7 | 54 | 32,5 | 76 | 45,8 | 58 | 34,9 | 60 | 36,1 |
| 3 Moderado | 27 | 16,3 | 39 | 23,5 | 32 | 19,3 | 45 | 27,1 | 45 | 27,1 |
| 4 Satisfactorio | 10 | 6,0 | 12 | 7,2 | 11 | 6,6 | 13 | 7,8 | 16 | 9,6 |
| 5 Excelente | 0 | 0 | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 | 3 | 1,8 | 4 | 2,4 |
| Total | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 | 166 | 100 |

En la valoración total de conocimientos sobre drogas antes de la intervención en el grupo experimental, se encontró una puntuación media de $10,37 \pm 3,37$, donde la puntuación mínima obtenida fue de 5 puntos y la máxima fue de 20 puntos. El percentil 25 se situó en la puntuación de 8, el 50 fue en 10 puntos y el percentil 75 en 12 puntos.

5.6.9. Análisis de los factores independientes y drogas

– *Conocimientos sobre drogas en función del género*

En el análisis de los conocimientos sobre drogas en función del género, resultó una puntuación media de $10,43 \pm 3,34$ en los niños y de $10,32 \pm 3,41$ puntos, en las niñas, y aunque éstas obtuvieron una puntuación total ligeramente inferior, no resultó estadísticamente significativa, $p=0,836$.

– *Conocimientos sobre drogas en función de los hermanos mayores*

Al valorar los resultados de la variable hermanos mayores relacionada con el nivel de conocimientos previos sobre drogas, encontramos una puntuación de $10,75 \pm 3,45$ puntos en los que no tenían hermanos mayores y de $10,04 \pm 3,28$ puntos en los que sí los tenían, no resultando estadísticamente significativa, $p=0,177$.

– *Conocimientos sobre drogas en función del transporte empleado para ir al colegio*

En el análisis de las puntuaciones que se obtuvieron en esta dimensión, donde comparábamos el nivel de conocimientos sobre drogas en función del medio de transporte que utilizan los alumnos del grupo experimental para asistir al colegio, hallamos que los alumnos que se desplazaban a pie obtuvieron una puntuación de $10,56 \pm 3,37$ puntos, ligeramente superior a los que se desplazaban en vehículos, que alcanzaron $10,23 \pm 3,37$ puntos, no resultando estadísticamente significativa, $p=0,532$.

– *Conocimientos sobre drogas en función de la actividad deportiva*

Los conocimientos medios sobre drogas en función de la actividad deportiva extraescolar que realizan los sujetos del estudio, mostraron unos valores medios en los que no hay prácticamente diferencia en esta relación, resultando $10,51 \pm 3,55$

puntos los que sí realizan una actividad deportiva, frente a los $10,16 \pm 3,08$ puntos los que no la realizan, con una significación de $p=0,512$.

– *Conocimientos sobre drogas en función de la actividad artística*

Cuando se compararon los resultados obtenidos en función de la actividad artística, no se detectó ninguna diferencia entre los alumnos que no practicaban una actividad artística que obtuvieron $10,37 \pm 3,50$ puntos, con los que sí la practicaban, que alcanzaron $10,39 \pm 3,00$ puntos, $p=0,977$.

– *Conocimientos sobre drogas en función del curso académico*

En la relación de los conocimientos de drogas con el curso académico en el que se encuentran los alumnos, se encontraron diferencias que no llegaron a ser significativas, pero que rozaron la significación, ya que, los alumnos de 5º obtuvieron $9,80 \pm 2,53$ puntos y los de 6º $10,65 \pm 3,37$ puntos, donde $p=0,083$.

– *Conocimientos sobre drogas en función de la profesión de los padres*

El análisis descriptivo que se hizo en este apartado, identificó la existencia de una asociación de la profesión de los padres con el nivel de conocimientos sobre drogas previos a la intervención de enfermería (Tabla 84).

Tabla 84. Conocimientos sobre drogas en función de la profesión de los padres

| | n | Media | Desviación típica | Error típico | Intervalo de confianza para la media al 95% | | Mínimo | Máximo |
|-------------|-----|-------|-------------------|--------------|---|-----------------|--------|--------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | | |
| Sanitario | 19 | 10,68 | 3,43 | 0,788 | 9,03 | 12,34 | 5 | 19 |
| Docente | 23 | 10,83 | 3,58 | 0,746 | 9,28 | 12,37 | 5 | 19 |
| Profesional | 124 | 10,24 | 3,34 | 0,300 | 9,65 | 10,83 | 5 | 20 |
| Total | 166 | 10,37 | 3,37 | 0,261 | 9,86 | 10,89 | 5 | 20 |

Se observó que los valores medios más elevados correspondían a los niños que al menos uno de sus padres es docente donde la puntuación que obtuvieron fue de $10,83 \pm 3,58$ puntos. Los alumnos cuyos padres pertenecen al grupo de los sanitarios obtuvieron una puntuación ligeramente inferior $10,68 \pm 3,43$ puntos, en

cambio, los niños que sus padres tenían profesiones distintas a la salud o docencia obtuvieron la puntuación más baja de los tres grupos, siendo ésta de $10,24 \pm 3,34$ puntos.

Cuando comparamos los valores medios hallamos que entre la dimensión drogas y la profesión de los padres no existía una asociación estadísticamente significativa, aunque se apreció que los niños con padres sanitarios o docentes obtuvieron mejor puntuación que el resto. $p=0,684$.

– *Conocimientos sobre drogas en función del número de componentes del hogar*

Se realizó un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total de drogas, reflejando una correlación positiva, pero débil, $r= 0,081$, $p=0,186$, por lo que podemos afirmar que no existía relación entre los conocimientos en drogas y el número de convivientes en el hogar.

5.6.10. Análisis de la variabilidad de la dimensión drogas

– *Comparación con el grupo control antes de la intervención*

En este apartado analizaron los conocimientos medios de la dimensión drogas antes de la intervención de enfermería en el grupo de alumnos del grupo experimental comparándolas con el grupo que ha hecho de control, destacando una diferencia significativa de conocimientos. $p<0,001$. El grupo control obtuvo $12,27 \pm 3,49$ puntos, siendo superior, al experimental antes de la intervención, que alcanzó una puntuación de $10,37 \pm 3,37$ puntos (Tabla 85).

Tabla 85. Comparación con el grupo control antes de la intervención

| GRUPO | n | Media | DT. | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 12,27 | 3,49 | <0,001 |
| Experimental (Pre) | 166 | 10,37 | 3,37 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Comparación de la dimensión drogas antes y después de la intervención.*

Al confrontar los conocimientos sobre drogas antes y después de la intervención de enfermería se evidenció que la puntuación de los niños aumentó significativamente después de la intervención pasando de $10,37 \pm 3,37$ puntos a $14,67 \pm 3,46$ puntos. Estas diferencias fueron estadísticamente muy significativas, $p < 0,001$ (Tabla 86).

Tabla 86. Comparación dimensión drogas antes y después de la intervención

| | n | Media | DT | p |
|-------------------|-----|-------|------|--------|
| Total drogas Pre | 166 | 10,37 | 3,37 | <0,001 |
| Total drogas Post | 166 | 14,67 | 3,46 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

– *Cambios intragrupal*

Los cambios en los conocimientos sobre drogas ocurridos dentro del grupo se analizaron con técnicas estadísticas no paramétricas, de modo, que se buscaba averiguar cuántos aumentaron, cuántos disminuyeron y cuántos permanecieron igual que antes de la intervención, resultando unos cambios muy significativos, $p < 0,001$ (Tabla 87).

Tabla 87. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | n | p |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------|
| Total drogas Post - Total drogas Pre | Rangos negativos | 9 (5,4%) ^a |
| | Rangos positivos | 144 (86,8%) ^b |
| | Empates | 13 (7,8%) ^c |
| | Total | 166 (100%) |

a. Total drogas Post < Total drogas pre

b. Total drogas Post > Total drogas pre

c. Total drogas Post = Total drogas pre

Los 9 sujetos con rangos negativos, 5,4%, son los alumnos que después de la intervención disminuyeron su puntuación, frente a los 144 (86,8%) que sí aumentaron la puntuación, lo que significa que una gran mayoría de los alumnos han aumentado los conocimientos sobre la drogas tras la intervención enfermera; el resto, 13 alumnos, no modificaron el valor de esta dimensión.

– *Comparación de la dimensión drogas después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.*

En este apartado del análisis se compararon las puntuaciones obtenidas por grupo experimental después de la intervención, con respecto al grupo control, que no recibió ninguna intervención. (Tabla 88).

Tabla 88. Comparación de la dimensión drogas con grupo control después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-------------------|--------------|-----|-------|------|----------|
| Total drogas Post | No | 101 | 12,27 | 3,49 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 14,67 | 3,46 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

Es muy significativo, $p < 0,001$, el hecho de que los conocimientos sobre drogas aumentaran en el grupo experimental por encima de la puntuación que obtuvo el grupo control.

5.6.11. Análisis de la variabilidad del bloque adicciones

Como se indicó al inicio de este bloque, después de analizar cada dimensión de forma independiente, vamos a realizar el análisis global del bloque completo; de este modo podremos ver las diferencias encontradas en cada dimensión en la puntuación total de esta variable.

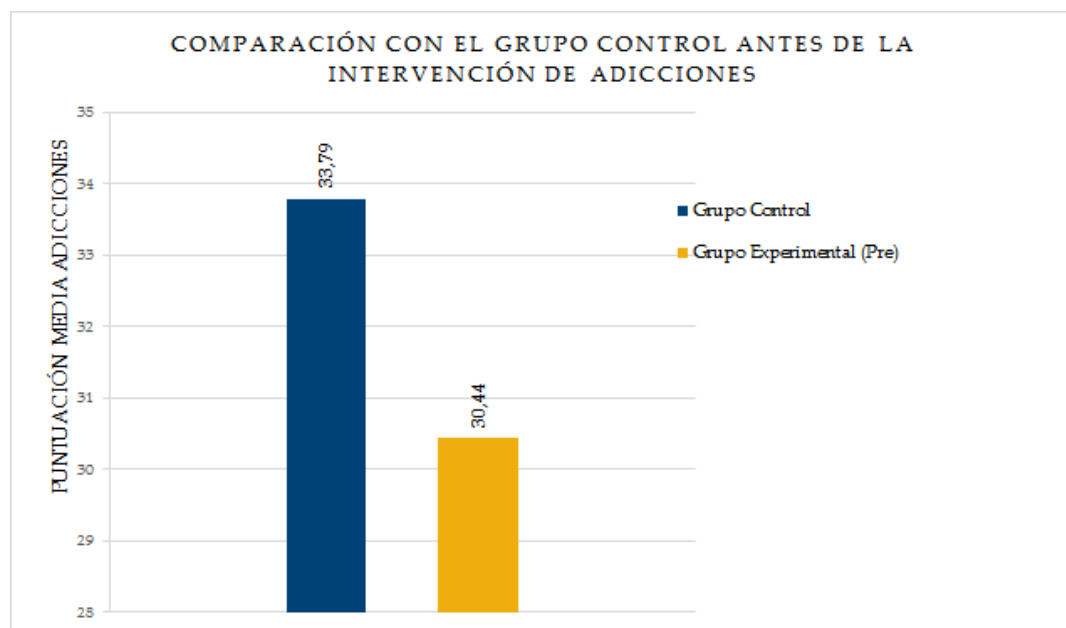
– *Comparación con el grupo control*

En la comparación de los conocimientos medios del bloque de adicciones antes de la intervención de enfermería entre el grupo experimental y el grupo control, es evidente que la puntuación es superior en el grupo de control, antes de la intervención, $33,79 \pm 7,08$ puntos frente a $30,44 \pm 7,10$ puntos. Es significativamente mayor los conocimientos sobre adicciones antes de la intervención en el grupo de control, $p < 0,001$ (Tabla 89; Figura 40).

Tabla 89. Comparación del bloque adicciones antes de intervención con el grupo control

| GRUPO | n | Media | DT. | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 33,79 | 7,08 | <0,001 |
| Experimental (Pre) | 166 | 30,44 | 7,10 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

**Figura 40. Comparación del bloque adicciones antes de intervención con el grupo control**

– *Comparación del bloque adicciones antes y después de la intervención.*

Tabla 90. Comparación conocimientos del bloque adicciones antes y después de la intervención

| | n | Media | DT | <i>p</i> |
|-----------------------|-----|-------|------|----------|
| Total adicciones Pre | 166 | 30,44 | 7,10 | <0,001 |
| Total adicciones Post | 166 | 39,04 | 6,53 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

En la comparación de conocimientos pertenecientes al bloque de adicciones antes y después de la intervención de enfermería, encontramos un aumento muy importante y altamente significativo, $p < 0,001$. La puntuación media obtenida aumentó de $30,44 \pm 7,10$ puntos a $39,04 \pm 6,53$ puntos (Tabla 90).

– Cambios intragrupal

De nuevo utilizamos técnicas estadísticas no paramétricas para analizar los cambios en los conocimientos del bloque de adicciones ocurridos dentro del grupo antes y después de la intervención de enfermería teniendo en cuenta: ¿cuántos aumentan su valor?, ¿cuántos disminuyen? y ¿cuántos quedan igual que antes de la intervención?, resultando unos cambios muy significativos, $p < 0,001$ (Tabla 91).

Tabla 91. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después

| | | n | p |
|---|------------------|--------------------------|--------|
| Total adicciones Post – Total adicciones Pre | Rangos negativos | 16 (9,6%) ^a | <0,001 |
| | Rangos positivos | 147 (88,6%) ^b | |
| | Empates | 3 (1,8%) ^c | |
| | Total | 166 (100%) | |

a. Total adicciones Post < Total adicciones pre

b. Total adicciones Post > Total adicciones pre

c. Total adicciones Post = Total adicciones pre

Es irrefutable la eficacia de la intervención de enfermería al aumentar 147 individuos (88,6%) sus conocimientos en lo que se refiere a la adicciones tras la intervención de enfermería, $p = < 0,001$.

– Comparación de los conocimientos del bloque de adicciones después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.

Para concluir este bloque, se ha comparado la puntuación total de conocimientos de adicciones del grupo experimental después de la intervención de enfermería con el grupo de alumnos que hemos utilizado como control (Tabla 92; Figura 41).

Tabla 92. Comparación del bloque adicciones después de la intervención con el grupo control

| | Intervención | n | Media | DT | p |
|-----------------------|--------------|-----|-------|------|--------|
| Total adicciones Post | No | 101 | 33,79 | 7,08 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 39,04 | 6,53 | |

DT: desviación típica p: significación estadística

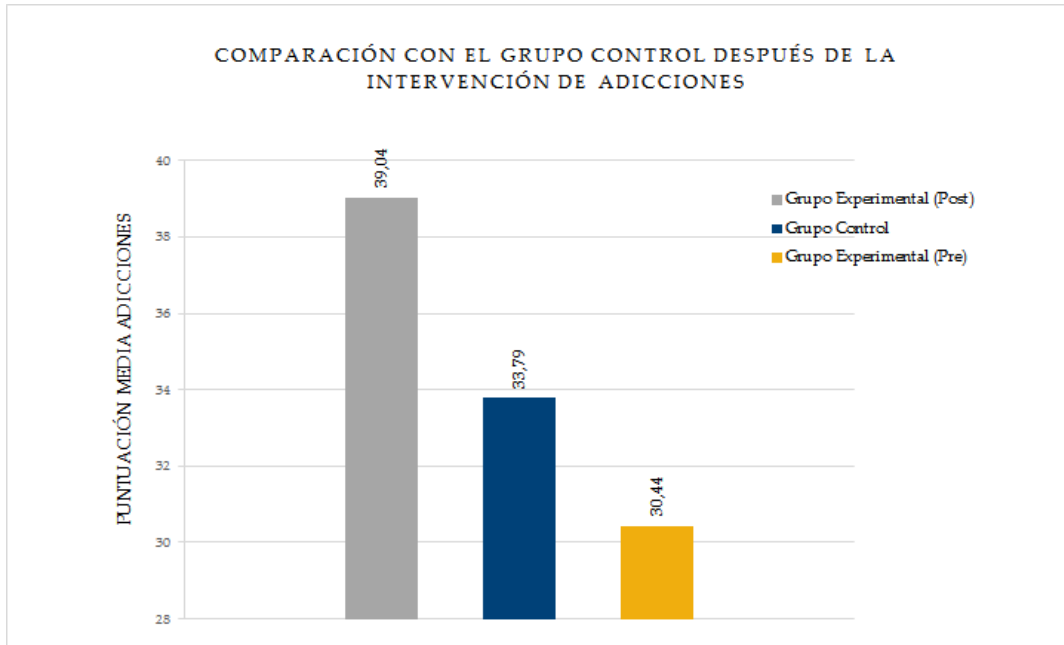


Figura 41. Comparación del bloque adicciones después de la intervención con el grupo control

Resulta evidente que tras la intervención, los conocimientos del bloque sobre la adicciones en el grupo experimental fueron superiores al grupo de control; las diferencias encontradas en el contraste de hipótesis han resultado estadísticamente muy significativas, $p < 0,001$ Tabla 92.

5.7. CONOCIMIENTOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS

5.7.1. Análisis descriptivo de los ítems del bloque de primeros auxilios

En este siguiente bloque se midieron conocimientos de primeros auxilios.

Este bloque constaba de 11 preguntas tipo test con 4 opciones cada una de ellas. Se presentaron como un test multirespuesta al que se le añadieron unos pictogramas para facilitar su entendimiento. Los resultados se midieron mediante la evaluación de los aciertos o fallos cometidos en cada una de las preguntas (Tabla 93).

Tabla 93. Contenido del bloque sobre los primeros auxilios

| Ítems sobre primeros auxilios | Puntuación |
|---|---------------------------|
| 1 - Prioridad ante una Urgencia | Acierto = +1 Fallo = 0 |
| 2 - Significado de las siglas PAS | |
| 3 - Actuación ante un corte/hemorragia | |
| 4 - Secuencia de la RCP | |
| 5 - Actuación ante una Epistaxis | |
| 6 - Teléfono único de Emergencias europeo | |
| 7 - Actuación ante una persona inconsciente que respira | |
| 8 - Actuación ante una persona que convulsiona | |
| 9 - ¿Qué es lo más importante de la RCP? | |
| 10 - ¿En qué posición hay que hacer la RCP? | |
| 11 - ¿Qué hacer si no se recuerda la secuencia de la RCP? | |
| 12 - ¿Cómo se comprueba la consciencia de una persona? | |

Puntuación Total = [0-12] puntos

Como se puede ver en la tabla 93, cada pregunta acertada aportaba un punto a la calificación final y cada pregunta fallada no sumaba ningún punto, por lo que las puntuaciones de los alumnos estuvieron comprendidas entre 0 puntos, si todas se fallaban, y 12 puntos para aquellos alumnos que hubieran contestado la totalidad de las mismas de un modo correcto.

5.7.2. Análisis descriptivo del bloque primeros auxilios

El análisis descriptivo de este bloque se ha desarrollado mediante la cuantificación de los aciertos y fallos de cada uno de los ítems planteados a los sujetos del grupo experimental.

A modo de resumen, se elaboró la tabla 94, donde se pueden consultar los resultados obtenidos, donde n es el número de sujetos que acertaron la pregunta, entre paréntesis se expresa el porcentaje que representa según el total.

Tabla 94. Resultados obtenidos sobre conocimientos de primeros auxilios en el grupo experimental antes de la intervención de enfermería

| Cuestión | Aciertos n (%) | Fallos n (%) |
|--|-------------------|-----------------|
| Prioridad ante una Urgencia | 8 (4,8%) | 158 (95,2%) |
| Significado de las siglas PAS | 84 (50,6%) | 82 (49,4%) |
| Actuación ante un corte/hemorragia | 79 (47,6%) | 87 (52,4%) |
| Secuencia de la RCP | 51(30,7%) | 115 (69,3%) |
| Actuación ante una Epistaxis | 58 (34,9%) | 108 (65,1%) |
| Teléfono único de Emergencias europeo | 145 (87,3%) | 21 (12,7%) |
| Actuación ante una persona inconsciente que respira | 37 (22,3%) | 129 (77,7%) |
| Actuación ante una persona que convulsiona | 73 (44%) | 93 (56%) |
| ¿Qué es lo más importante de la RCP? | 53 (31,9%) | 113 (68,1%) |
| ¿En qué posición hay que hacer la RCP? | 118 (71,1%) | 48 (28,9%) |
| ¿Qué hacer si no se recuerda la secuencia de la RCP? | 85 (51,2%) | 81 (48,8%) |
| ¿Cómo se comprueba la consciencia de una persona? | 98 (59%) | 68 (41%) |
| Total | n=166 (100%) | |

Con respecto a estos resultados, obtenidos en la evaluación de los conocimientos de los alumnos que formaban parte del grupo experimental antes de la intervención de enfermería, podemos resaltar que un 95,2% no sabía actuar de un modo correcto ante una urgencia. Asimismo, un 69,3% no demostró conocer la secuencia de una RCP básica. No obstante, encontramos que un 87,3% reconocía el número europeo de emergencias.

En la valoración total de conocimientos sobre primeros auxilios antes de la intervención en el grupo experimental, se encontró una puntuación media de $5,36 \pm 2,27$ puntos, donde la puntuación mínima obtenida fue de 0 puntos y la máxima fue de 11 puntos. El percentil 25 se situó en la puntuación de 4 mientras que la mediana fue 5 puntos y el P75 se estableció en 7 puntos.

5.7.3. Análisis de los factores independientes y conocimientos en primeros auxilios

– *Conocimientos sobre primeros auxilios en función del género*

Al analizar los conocimientos sobre primeros auxilios en función del género, resultó una puntuación media de $5,52 \pm 2,37$ en los niños y de $5,21 \pm 2,21$ puntos, en las niñas, y aunque los niños obtuvieron una puntuación total ligeramente mayor, no resultó significativa, $p=0,381$.

– *Conocimientos sobre primeros auxilios en función de los hermanos mayores*

La variable hermanos mayores relacionada con el nivel de conocimientos previos sobre primeros auxilios, nos indicó que esa relación en los resultados obtenidos, que fueron de $5,47 \pm 2,19$ puntos de los que no tenían hermanos mayores y de $5,26 \pm 2,37$ puntos de los que sí los tenían, $p=0,558$.

– *Conocimientos sobre primeros auxilios en función del transporte empleado para ir al colegio*

En el análisis de las puntuaciones que se obtuvieron en este bloque de conocimientos de primeros auxilios en función del medio de transporte que utilizaban los alumnos del grupo experimental para asistir al colegio, hallamos que los alumnos que se desplazaban a pie obtuvieron una puntuación de $5,70 \pm 2,30$ puntos y fue superior a los que se desplazan en vehículos, que alcanzaron $5,09 \pm 2,26$ puntos, rozando la significación estadística, $p=0,089$.

– *Conocimientos sobre primeros auxilios en función de la actividad deportiva*

Los conocimientos medios sobre primeros auxilios en función de la actividad deportiva extraescolar que realizaban los sujetos del estudio, mostraron unos valores medios muy igualados, teniendo $5,25 \pm 2,34$ puntos los que sí realizan una actividad deportiva, frente a los $5,52 \pm 2,21$ puntos los que no la realizaban, con una significación de $p=0,476$.

– *Conocimientos sobre primeros auxilios en función de la actividad artística*

Cuando se compararon los resultados obtenidos en función de la actividad artística, se volvió a encontrar que los alumnos que sí realizaban una actividad artística obtuvieron una mejor calificación en este bloque, pero en este caso esta relación no fue estadísticamente significativa. Los resultados obtenidos fueron de $5,23 \pm 2,44$ puntos en los que no realizaban una actividad artística frente a $5,70 \pm 1,79$ puntos de los que sí la realizan, $p=0,238$.

– *Conocimientos sobre primeros auxilios en función del curso académico*

En el análisis de resultados sobre si existe asociación de los conocimientos de primeros auxilios con el curso académico en el que se encuentran los alumnos, se encontraron, de nuevo, diferencias muy significativas, $p<0,001$, ya que, los niños de 5º obtuvieron una puntuación de $6,69 \pm 1,77$ puntos, siendo ésta muy superior a la que obtuvieron los de 6º, que fue de $4,71 \pm 2,24$ puntos (Tabla 95).

Tabla 95. Conocimientos de primeros auxilios en función del curso académico

| | Curso académico | n | Media | DT | <i>p</i> |
|----------------------|-----------------|-----|-------|------|----------|
| primeros auxilios | 5º | 54 | 6,69 | 1,77 | <0,001 |
| | 6º | 112 | 4,71 | 2,24 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Conocimientos sobre primeros auxilios en función de la profesión de los padres*

El análisis descriptivo que se hizo para esta variable, relacionaba la profesión de los padres con el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios previos a la intervención de enfermería (Tabla 96).

Tabla 96. Conocimientos sobre primeros auxilios en función de la profesión de padres

| | n | Media | Desviación típica | Error típico | Intervalo de confianza para la media al 95% | | Mínimo | Máximo |
|-------------|-----|-------|----------------------|--------------|--|--------------------|--------|--------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior | | |
| Sanitario | 19 | 5,63 | 1,80 | 0,413 | 4,76 | 6,50 | 0 | 8 |
| Docente | 23 | 5,87 | 2,05 | 0,428 | 4,98 | 6,76 | 0 | 9 |
| Profesional | 124 | 5,22 | 2,39 | 0,214 | 4,79 | 5,64 | 0 | 11 |
| Total | 166 | 5,36 | 2,29 | 0,177 | 5,01 | 5,71 | 0 | 11 |

En la tabla 95 se observó que los valores medios más elevados correspondían con los alumnos que, al menos uno de sus padres era docente, donde la puntuación que obtuvieron fue de $5,87 \pm 2,66$ puntos. Los alumnos cuyos padres pertenecían al grupo de los sanitarios obtuvieron una puntuación ligeramente inferior $5,63 \pm 1,80$ puntos, en cambio, los niños que sus padres tenían profesiones distintas a la salud o docencia obtuvieron la puntuación más baja de los tres grupos, siendo esta de $5,22 \pm 2,39$ puntos.

La prueba de ANOVA nos reveló que entre el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios y la profesión de padres no existe una asociación estadísticamente significativa, aunque se apreció que los niños de sanitarios o docentes obtuvieron mejor puntuación que el resto. $p=0,391$.

– *Conocimientos sobre primeros auxilios en función del número de componentes del hogar*

Se realizó un análisis de correlación entre el número de convivientes y la puntuación media total de primeros auxilios, reflejando una correlación negativa, pero débil, $r= - 0,143$. Esta correlación nos indica que al aumentar el número de convivientes en el hogar, disminuyeron los conocimientos sobre primeros auxilios, rozando la significación estadística, $p=0,058$.

5.7.4. Análisis de la variabilidad del bloque de primeros auxilios

– *Comparación con el grupo control antes de la intervención*

Se analizaron los conocimientos medios sobre primeros auxilios antes de la intervención de enfermería entre el grupo de alumnos del grupo experimental y el grupo que ha hecho de control, destacando una diferencia cercana a la significación, $p=0,063$. El grupo control obtuvo $4,83 \pm 2,12$ puntos, y el experimental, antes de la intervención, alcanzó una puntuación de $5,36 \pm 2,29$ puntos. Aunque en este bloque alcanzara una mayor puntuación, la tendencia en este estudio siempre ha sido al contrario, mayor puntuación en el grupo de control antes de la intervención (Tabla 97; Figura 42).

Tabla 97. Comparación con el grupo control antes de la intervención de primeros auxilios

| GRUPO | n | Media | DT | <i>p</i> |
|--------------------|-----|-------|------|----------|
| Control | 101 | 4,83 | 2,12 | 0,063 |
| Experimental (Pre) | 166 | 5,36 | 2,29 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

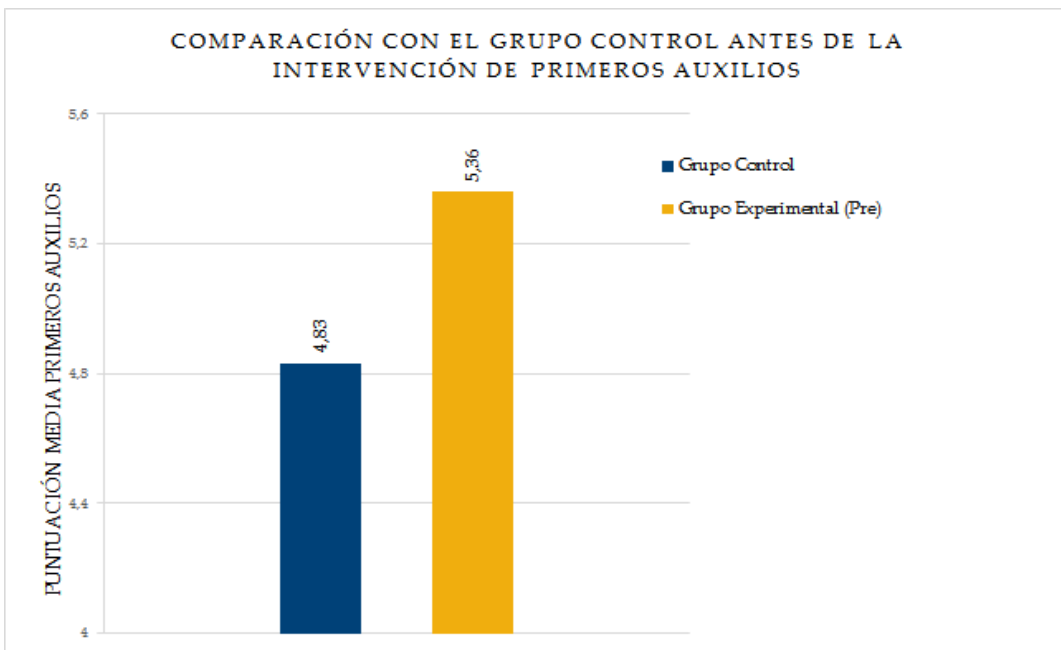


Figura 42. Comparación con el grupo control antes de la intervención de primeros auxilios

– *Comparación del bloque de primeros auxilios antes y después de la intervención.*

Al comparar los conocimientos sobre primeros auxilios antes y después de la intervención de enfermería, se evidenció que la puntuación de los niños aumentó significativamente después de la intervención, pasando de $5,36 \pm 2,29$ puntos a $9,14 \pm 1,66$ puntos, casi duplicando el valor de los conocimientos. Estas diferencias fueron estadísticamente muy significativas, $p < 0,001$ (Tabla 98).

Tabla 98. Comparación del bloque de primeros auxilios antes y después de la intervención

| | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------------------|-----|-------|------|----------|
| Total primeros auxilios Pre | 166 | 5,36 | 2,29 | <0,001 |
| Total primeros auxilios Post | 166 | 9,14 | 1,66 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

– *Cambios intragrupal*

Los cambios en los conocimientos sobre primeros auxilios ocurridos dentro del grupo se analizaron con técnicas estadísticas no paramétricas, para determinar cuántos aumentaron su valor, cuántos disminuyeron y cuántos se quedaron igual que antes de la intervención, resultando unos cambios muy significativos, $p < 0,001$ (Tabla 99).

Tabla 99. Cambios intragrupal sobre el nivel de conocimientos antes y después de la intervención sobre primeros auxilios

| | n | <i>p</i> |
|--|------------------------|----------|
| Total primeros auxilios Post - Total primeros auxilios Pre | | |
| Rangos negativos | 10 (6%) ^a | <0,001 |
| Rangos positivos | 146 (88%) ^b | |
| Empates | 10 (6%) ^c | |
| Total | 166 (100%) | |

a. Total primeros auxilios Post < Total primeros auxilios pre

b. Total primeros auxilios Post > primeros auxilios pre

c. Total primeros auxilios Post = Total primeros auxilios pre

Los 10 sujetos con rangos negativos (6%), son los alumnos que después de la intervención disminuyeron su puntuación, frente a los 146 (88%) que la aumentaron, lo que significó que la gran mayoría de los alumnos ha aumentado

los conocimientos sobre primeros auxilios tras de la intervención enfermera; el resto, 10 alumnos, no modificaron la puntuación.

Tabla 100. Incremento de aciertos del bloque de primeros auxilios en cada ítem

| Ítem | n aciertos pre (%) | n aciertos post (%) | n fallos pre (%) | n fallos post (%) | Δ % |
|--|--------------------|---------------------|------------------|-------------------|--------------|
| Prioridad ante una Urgencia | 8 (4,8) | 93 (56) | 158 (95,2) | 73 (44) | +85 (51,2)* |
| Significado de las siglas PAS | 84 (50,6) | 143 (86,1) | 82 (49,4) | 23 (13,9) | +59 (35,5)* |
| Actuación ante un corte/hemorragia | 79 (47,6) | 127 (76,5) | 87 (52,4) | 39 (23,5) | +48 (28,9)* |
| Secuencia de la RCP | 51 (30,7) | 152 (91,6) | 115 (69,3) | 14 (8,4) | +101 (60,9)* |
| Actuación ante una Epistaxis | 58 (34,9) | 119 (71,7) | 108 (65,1) | 47 (28,3) | +61 (36,8)* |
| Teléfono único de Emergencias europeo | 145 (87,4) | 164 (98,8) | 21 (12,6) | 2 (1,2) | +19 (11,4)* |
| Actuación ante una persona inconsciente que respira | 37 (22,3) | 115 (69,3) | 129 (77,7) | 51 (30,7) | +78 (47)* |
| Actuación ante una persona que convulsiona | 73 (44) | 113 (67,9) | 93 (56) | 53(31,9) | +40 (24,1)* |
| ¿Qué es lo más importante de la RCP? | 53 (31,9) | 91 (54,8) | 113 (68,1) | 74 (45,6) | +38 (22,9)* |
| ¿En qué posición hay que hacer la RCP? | 118 (71,1) | 128 (77,1) | 48 (28,9) | 38 (22,9) | +10 (6)** |
| ¿Qué hacer si no se recuerda la secuencia de la RCP? | 85 (51,2) | 125 (75,3) | 81 (48,8) | 41 (27,7) | +40 (24,1)* |
| ¿Cómo se comprueba la consciencia de una persona? | 98 (59) | 148 (89,2) | 68 (41) | 18 (10,8) | +50 (30,1)* |

Δ: Incremento de aciertos (n aciertos post – n aciertos pre)

* $p < 0,001$ ** : $p = 0.268$

Como podemos comprobar en la tabla 100, en este bloque de conocimientos hemos analizado el cambio acontecido en cada uno de los ítems, de modo que se pueda comprobar la variabilidad ocurrida con más de detalle y el porcentaje respecto al total del grupo experimental. Esa variabilidad ha sido presentada además en la figura 43, como incremento (Δ) del número de sujetos que respondieron de un modo correcto en el post test, excepto el número de sujetos que lo hicieron de un modo erróneo.

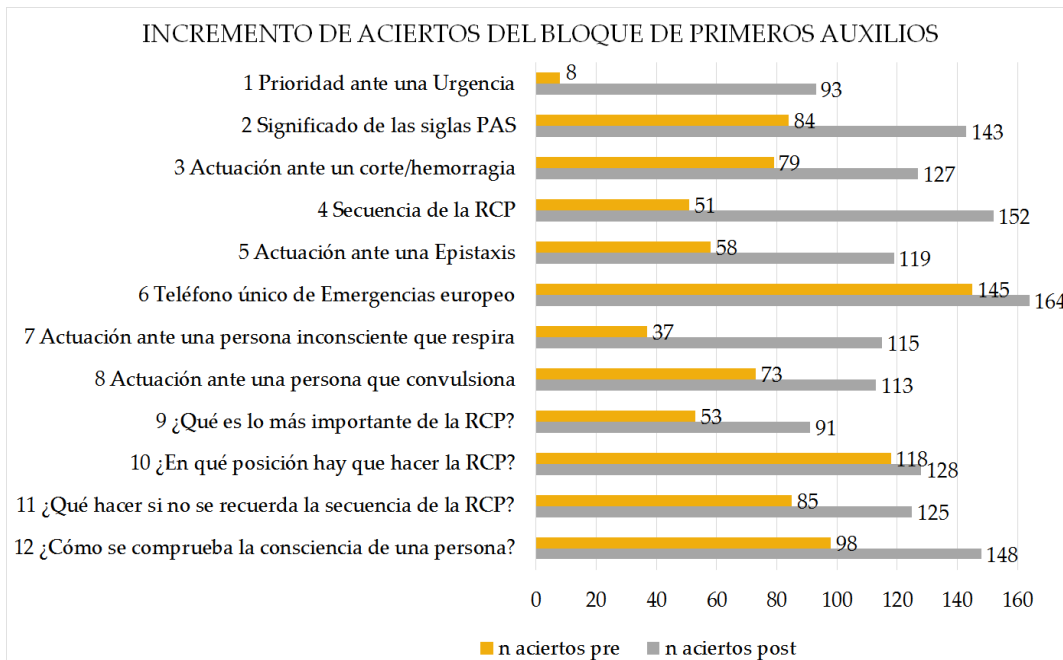


Figura 43. Incremento de aciertos del bloque de primeros auxilios en cada ítem

Los resultados obtenidos fueron muy significativos en 11 de los 12 ítems planteados $p < 0,001$, lo que nos indicó el éxito de la intervención sobre primeros auxilios impartida por un profesional de enfermería.

Podemos destacar que antes de la intervención sólo un 4,8% tenía claro lo que se debe hacer ante una urgencia y que tras nuestra intervención incrementó a un 56% para este ítem. Además, en cuanto a la secuencia de la RCP sólo un 30,7% la sabía realizar correctamente antes de la intervención, mientras que ese porcentaje aumentó hasta el 91,6%, lo que supone que prácticamente todos los sujetos del grupo experimental sabrían indicar o realizar la secuencia correctamente ante una parada cardiorrespiratoria. Del mismo modo, se detecta

un incremento del 47% en la actuación ante una persona inconsciente que respira. (Tabla 99; Figura 43).

– *Comparación del bloque primeros auxilios después de la intervención entre el grupo control y el grupo experimental.*

En esta sección del análisis se compararon las puntuaciones obtenidas por grupo experimental después de la intervención, con el grupo de control. (Tabla 101).

Tabla 101: Comparación del bloque primeros auxilios con grupo control después de la intervención

| | Intervención | n | Media | DT | <i>p</i> |
|------------------------------|--------------|-----|-------|------|----------|
| Total primeros auxilios Post | No | 101 | 4,83 | 2,12 | <0,001 |
| | Sí | 166 | 9,14 | 1,66 | |

DT: desviación típica *p*: significación estadística

Tras la intervención de enfermería, los conocimientos sobre primeros auxilios aumentan de forma muy significativa, casi duplicándose dicho nivel en el grupo intervenido con relación al grupo control, $p < 0,001$ (Figura 44).

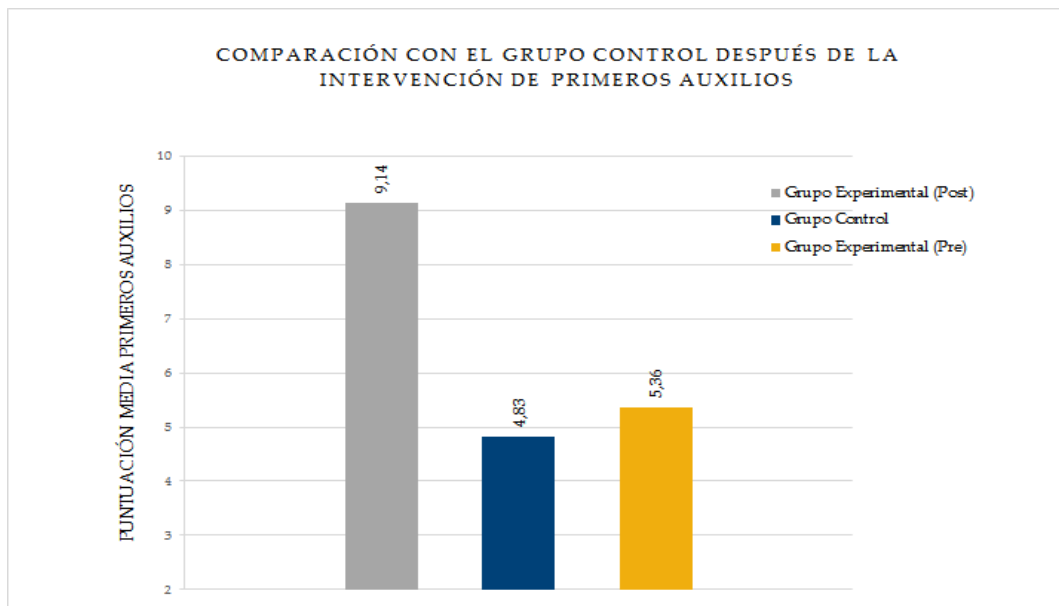


Figura 44. Comparación del bloque primeros auxilios con grupo control después de la intervención

VI

DISCUSIÓN

VI - DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como propósito analizar la eficacia que ejerce la Educación para la Salud impartida por un profesional de enfermería, en los conocimientos de salud de los alumnos del último tramo de Educación Primaria. Para ello, se pretendió que el profesional de enfermería implementara una intervención relacionada con los conocimientos sobre alimentación, actividad física, salud emocional, adicciones; y prevención de accidentes y primeros auxilios; y medir dichos conocimientos antes y después de la actuación del profesional de enfermería en el aula.

Tras el análisis de los resultados obtenidos en este estudio, se puede afirmar que la intervención de EpS impartida por un profesional de enfermería mejora los conocimientos en los temas de salud seleccionados en los alumnos del último tramo de Educación Primaria en la ciudad de Murcia. Asimismo, tras el análisis comparativo con el grupo control, podemos aseverar que los conocimientos del grupo experimental superan a los de éste tras dicha intervención.

DESCRIPCIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD

El *Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia* (Gutiérrez y cols., 2005), se implementa en nuestra Región para impulsar los conocimientos sobre Promoción y EpS en los niños y así pretender aumentar el nivel de salud en todas las esferas del ser humano a lo largo de su vida, llegando a ser un miembro de la sociedad con unos conocimientos adecuados sobre la salud.

Esa intención es la que se sustenta el MEPSYD y el MSC en nuestro país, por ello en la *Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias: Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo* (MEPSYD y MSC, 2008) se determinan las estrategias para que se consigan dichos objetivos.

Debemos recordar que los programas de EpS se fundamentan en proporcionar una comprensión básica de los conceptos de salud, reforzar actitudes positivas, modificar comportamientos y contribuir a potenciar la capacidad en la toma de decisiones (Ruano Casado et al., 1991). El profesorado posee una serie de características como ser un observador privilegiado y un modelo para los escolares

(Davó et al., 2008)(Davó, 2009), que le otorgan un papel determinante en el aumento de la salud en el entorno escolar (Gavidia, 2009). Estas características son esenciales para implementar una estrategia educativa en el campo de salud, sin embargo, en un estudio llevado desarrollado en la Universidad de Valencia, se pusieron de manifiesto las dificultades que encuentra el profesorado a la hora de llevar a cabo la EpS de un modo efectivo (Talavera & Gavidia, 2007). Entre estas dificultades destacan, el contenido del plan de estudios, el espacio físico, el conocimiento de la materia, la experiencia para dominarlas, etc. (Zabala, 1998). Por tanto, para que el alumnado aprenda de forma activa, crítica y generando un aumento de conocimientos en los temas relacionados con la salud, es necesario que el profesorado cuente con conocimientos sobre los temas básicos de salud.

En la Región de Murcia, aunque la EpS está incluida de forma transversal en el currículo de las asignaturas, como indica la actual Ley de Educación (BOE, 2013), es centro educativo el que en última instancia, tiene autonomía para decidir si se adscribe al Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela (Gutiérrez y cols., 2005). En este sentido, en nuestro estudio observamos cómo los sujetos del grupo experimental, del centro no adscrito al Plan anteriormente citado, poseen un nivel de conocimientos deficitario en todos los bloques de conocimientos analizados, exceptuando el de prevención de accidentes y primeros auxilios, aunque esta última diferencia no resultó significativa.

En el análisis de las variables independientes, encontramos cierta homogeneidad en cuanto a los resultados de cada uno de los bloques de conocimientos examinados. No existen diferencias significativas en cuanto al género, ni en los relacionados con la práctica de actividades deportivas extraescolares. Lo más característico que se desprende de los resultados es la diferencia de conocimientos previos entre los alumnos de 5º y 6º, donde los primeros obtienen calificaciones superiores y significativas en los conocimientos medidos en cada una de las materias, demostrando que la edad ideal en la que se deben iniciar estas intervenciones debe ser anterior a los diez años.

Otro resultado significativo que se evidencia en diversos estudios (Gavidia, 2009; Gavidia, Rodes, & Carratalá, 1993), viene determinado por la profesión que ejercen los padres de los alumnos y su influencia en el nivel de conocimientos de estos, encontrándose que los hijos de sanitarios obtienen las mejores puntuaciones

en todos los bloques, seguidos de los hijos de padres que desempeñan una profesión docente.

Como variable emergente encontrada en el tratamiento estadístico de las variables independientes, encontramos que los niños que desempeñan actividades artísticas extraescolares obtuvieron unos resultados muy superiores en cada una de las materias analizadas, lo que nos sugiere que incluir ese tipo de formación debe favorecer la adquisición de conocimientos en edades tempranas. En relación a esta afirmación, Monteiro expone que, integrar actividades artísticas y culturales con la formación académica permite al alumno protagonizar modos renovados de pensar y fortalecer conexiones con los diferentes conocimientos con un enfoque holístico. (Monteiro et al., 2016).

Según datos extraídos de la Consejería de Educación de la Región de Murcia (CPR de la Región de Murcia, 2016), en la ciudad de Murcia hay 304 centros educativos públicos y concertados, de los cuales, sólo el 16,1% están incorporados al Plan Regional de EpS. Teniendo en cuenta que el único requisito para adherirse al PEEPSRM es la existencia de un profesor responsable para coordinarlo y desarrollarlo, parece llamativa la baja tasa de centros incluidos en dicho plan. Como indica Sánchez, es necesario un número mínimo de profesionales docentes con convicción y disposición para recibir la formación, así como el asesoramiento adecuado para participar activamente en el desarrollo pedagógico y didáctico del proyecto. Esto supone una circunstancia respecto a la cual no existe consenso entre el claustro de profesorado, por lo que constituye uno de los elementos que puede obstaculizar o impedir el proceso de EpS (Sánchez, 2010). Podemos asumir que de esta situación se desprenden las dificultades y limitaciones que encuentra el profesorado para el desarrollo de la EpS, como por ejemplo, que la EpS no se trata de una asignatura concreta que tenga su espacio y tiempos asignados, o la falta de tiempo para compaginar todos los temas (Talavera & Gavidia, 2007), lo que repercute directamente en los conocimientos de salud de los alumnos.

Debemos considerar que debido al cambio de legislación actual, los elementos de EpS que se incorporan en el currículo de Educación Primaria han sufrido modificaciones, lo que actualmente puede conllevar cierta confusión y gran esfuerzo por parte del profesorado a la hora de realizar la programación didáctica. (Pastor-Vicedo, Gil-Madrona, Prieto-Ayuso, & González-Víllora, 2015).

Por todo lo anteriormente expuesto, en este estudio pretendíamos investigar cómo afecta la intervención de enfermería en el aula, a los conocimientos de salud de los alumnos en ausencia de las barreras detectadas a nivel de profesorado.

A nivel mundial, la figura de la enfermera escolar está incorporada en el entorno educativo en muy diversos países, contribuyendo positivamente al rendimiento académico de los estudiantes. Además, diversos estudios como el de (Costante, 2006; Kocoglu & Emiroglu, 2017; Turner & Mackay, 2015), sugirieron que los servicios eficaces de enfermería escolar deben incluir actividades como el tratamiento de enfermedades tanto agudas como crónicas, primeros auxilios, seguimiento de la salud y EpS.

No obstante, según Kocoglu (2017), son muy escasos los trabajos sobre la efectividad de la promoción de la salud en la escuela, a lo que Jiménez-Torres (2013), añade que todo el esfuerzo se centra en la modificación de la conducta individual y no en la adquisición de competencias saludables en los sujetos destinatarios. (Jiménez-Torres, Guerrero-Ramos, & López-Sánchez, 2013). Coincidiendo con estos autores, señalamos la dificultad añadida que representa la ausencia de estudios similares al nuestro a la hora de comparar nuestros resultados con experiencias previas en otros entornos.

IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La promoción de la salud se dirige a mejorar las competencias en salud de los individuos, entendiendo por estilos de vida saludables, no fumar, comer sano, hacer ejercicio físico, etc. Esto incluye, no sólo los mencionados hábitos de salud, sino las conductas e ideario de los individuos, otorgándole una gran importancia a la salud emocional (Sánchez, 2010).

Los PES deben tener como objetivo la consecución de unos niveles óptimos de salud física, emocional y social en todos los grupos que constituyen el conjunto de la comunidad educativa para conseguir alcanzar la eficiencia. Con ello, sabemos que una parte importante de los problemas de salud que padece la sociedad actual son imputables al modo de vivir de las personas. Diversas enfermedades crónicas, las enfermedades cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, el SIDA, las enfermedades de transmisión sexual o el estrés, tienen una relación directa con inadecuados hábitos alimentarios, el tabaquismo, el alcoholismo y otros tipos de drogadicción, la falta de actividad física, la falta de habilidades personales para

enfrentarse a situaciones vitales conflictivas o de presión social. Muchas de estas conductas se adquieren en la infancia o en la adolescencia, implantándose de tal forma, que tratar de cambiarlas posteriormente resulta difícil (García, 1998).

La elección de la cohorte de edad de los componentes de nuestro estudio, fue el último tramo de Educación Primaria; podemos justificarla por ser la etapa en la que los niños son más receptivos con sus tutores legales, sus profesores, y a los profesionales de la salud, para que adquieran hábitos saludables (Böttiger & Van Aken, 2015; Castillo Ureña, 2007; Rodríguez Huertas et al., 2012).

Respecto a la duración de cada una de las sesiones programadas, se estableció un tiempo comprendido entre 35-45 minutos. Según la bibliografía revisada hemos comprobado como otros estudios similares al nuestro, establecen la misma duración de intervención (Oliva Rodríguez et al., 2013).

Para llevar a cabo nuestra intervención planificamos cinco sesiones sobre cada una de las materias tal como indica la *Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias: Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo* (MEPSYD y MSC, 2008): Alimentación saludable, actividad física, conocimientos sobre salud emocional, adicciones; y prevención de accidentes y primeros auxilios. Cabe destacar que aunque todos estos temas se trabajan de forma transversal en el currículo de las asignaturas impartidas por el tutor, nuestra intervención pretende complementar y completar los conocimientos de los alumnos en dichas materias.

Estudios consultados que también pretendían medir los hábitos saludables y el nivel de conocimientos sobre alimentación, utilizaron la *Guía sobre Alimentación saludable del Programa Perseo* (MSC & MEC, 2007), (Rodríguez Huertas et al., 2012). En nuestro caso y siguiendo el material incluido en el PEEPSRM (Gutiérrez y cols., 2005), también utilizamos el mismo documento adaptándolo a la duración de la intervención.

En este documento, se trabajan tanto los hábitos saludables con respecto a la alimentación, como los conocimientos que deben adquirir en esta etapa de la Educación Primaria. (Véase Anexo Digital).

Un metaanálisis elaborado por el Gobierno de los Estados Unidos en sus *Physical Activity Guidelines for Americans* (US. Services, 2008), relaciona la interacción entre ejercicio físico y salud, describiendo la fuerte asociación entre el riesgo de muerte prematura y el tiempo semanal de actividad física moderada o

vigorosa, que pasaría desde el 1% de riesgo relativo para menos de 1 hora semanal de actividad, hasta un 0,6% para las 7 horas semanales. En un estudio de la Universidad de Granada que proponía un programa de intervención en Educación Física para la salud (Pérez & Delgado, 2010), impartido por profesores y con un diseño similar a nuestro trabajo, utilizan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICS), debido al atractivo interés que despierta en el alumnado. En nuestro caso, aunque nos regimos por el contenido del PEEPSRM (Gutiérrez y cols., 2005), donde no existen actividades que contemplen el uso de las TICS, nosotros introducimos el uso de videos interactivos y dispositivos de simulación clínica que fueron usados para reforzar la información impartida y favorecer el aprendizaje activo.

Según la Guía *Ganar en Salud en la Escuela: Guía para Conseguirlo* editada por los MEPSYD y MSC (2009), cualquier proyecto destinado a aumentar la promoción de la salud debe “promover el equilibrio, y la salud mental y emocional entre el alumnado, así como favorecer la autoestima, el autocontrol emocional y la mejora de las habilidades para la vida” (p.138). El PEEPSRM (Gutiérrez y cols., 2005) tiene en cuenta estas recomendaciones en el contenido para esta materia. A la hora de elaborar el material para nuestra intervención, fue necesario hacer dos adaptaciones. La primera de ellas fue dividir esta materia en tres dimensiones: autoestima y autosuperación, control emocional y habilidades de comunicación, donde dimos respuesta a los objetivos establecidos por las Consejerías de Educación y de Sanidad. La segunda fue adaptarla a la edad de los sujetos, incorporando actividades de interacción entre los alumnos, para que visualizaran los conceptos más relevantes de esta materia. Otros estudios desarrollados en el Reino Unido, donde la figura de la enfermera escolar se encuentra implantada, revelan que las enfermeras generan destrezas y actitudes incluyendo un enfoque empático de escucha y un compromiso de abordaje sobre los problemas de salud mental y emocional (Prymachuk et al., 2011; Turner & Mackay, 2015)

En Educación Primaria, las actividades dirigidas a la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas, tienen un doble enfoque; por un lado se centran en los efectos nocivos de estas sustancias y los problemas derivados de su consumo; y por otro lado, contemplan actividades para aumentar la capacidad en la toma de decisiones, de resolver problemas y de pensar de forma crítica, y así gestionar de un modo efectivo los problemas derivados de la presión social (Puerta

Ortuño et al., 2004). En nuestra intervención se contemplaron ambos enfoques, siguiendo las indicaciones del PEEPSRM (Gutiérrez y cols., 2005). Conjuntamente, se utilizaron testimonios y ejemplos de las situaciones de riesgo que estas sustancias ocasionan y la importancia del NO ante la presión social.

El PEEPSRM (Gutiérrez y cols., 2005) y la Guía *Ganar en Salud en la Escuela: Guía para Conseguirlo* (MEPSYD y MSC, 2009), establecen como objetivos, la promoción de pautas de comportamiento y estilos de vida tendentes a incrementar la seguridad y la prevención de lesiones no intencionadas o accidentes, y a aumentar el uso de dispositivos de seguridad adecuados a las actividades físicas que realicen en su entorno. En nuestra intervención sanitaria, además de incluir estas pautas, consideramos crucial enseñar la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) debido a que según estudios consultados como *Kids save lives* (Böttiger & Van Aken, 2015) aprobado por la OMS, indican que promover dicha actividad a esta edad, se reflejará, no sólo en un aumento en el número de supervivientes de parada cardiorespiratoria, sino que también proporcionará unos beneficios sociales como el de aprender a ayudar a otros y el concepto de reciprocidad. Debido a este motivo y ante la ausencia de este tipo de formación en los contenidos del PEEPSRM, decidimos incorporarlo en nuestra intervención. Con el fin de motivar a los alumnos, efectuamos un taller fundamentalmente práctico en las instalaciones deportivas del centro escolar, que incluía la prioridad y secuencia de actuación ante cualquier emergencia. Así, si los escolares reciben tal entrenamiento, nunca lo olvidarán y podrán enseñarlo a su vez al resto de sus familiares (Böttiger & Van Aken, 2015). Para el desarrollo de este taller se dispuso de dispositivos de simulación clínica cedidos por la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) y el material didáctico fue proporcionado por la asociación *ThinkingHealth* y su proyecto denominado: “Jacinto y sus amigos nos enseñan RCP” (Thinking-health, 2017).

DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN

Tal y como hemos evidenciado en el anterior apartado de resultados, partimos de una situación con un claro déficit de conocimientos de salud en el alumnado que participó en nuestra investigación; a partir de aquí, vamos a analizar la mejora intragrupo en estas áreas de conocimientos y los resultados obtenidos tras experimentar la intervención educativa en salud.

Podemos afirmar que los resultados obtenidos tras nuestra intervención mantienen la homogeneidad encontrada en todos los resultados de esta investigación, pero se evidencia la necesidad de analizarla paso a paso, para comprobar dónde han aumentado mayoritariamente y minoritariamente los conocimientos de los alumnos.

Los alumnos que demostraron un aumento en el bloque de conocimientos sobre alimentación fueron un 82,5% del total de sujetos, de lo que se desprende que las actividades implementadas y las técnicas utilizadas fueron las adecuadas. En cuanto al porcentaje de sujetos que aumentaron los conocimientos sobre actividad física correspondió al 74,7%, dicha tasa también elevada, nos hace creer que el procedimiento seleccionado para llevar a cabo esta intervención también fue correcto. El hecho de que este aumento no fuera equivalente al de conocimientos sobre alimentación puede depender del conocimiento previo que demostraron poseer los alumnos y que es una de las materias que se incluye en currículo de asignatura según la actual Ley de Educación (Gobierno de España, 2013). En los siguientes tres bloques se midieron aumentos en los conocimientos por encima del 86% de los sujetos, lo que supone un extraordinario éxito en las metodologías seleccionadas para llevarlos a cabo. Podemos enfatizar, que siendo el bloque de adicciones el que mayor aumento presenta con un 88,6% de niños que mejoran los conocimientos, al analizarlo por dimensiones encontramos que en el caso del tabaco y alcohol, ese aumento no sobrepasa el 69,3% y el 74,1% del alumnado, lo que puede venir condicionado por las concepciones previas que tuvieran los sujetos, derivadas de su entorno familiar o social; o debido a que es una de las temáticas más utilizadas en el entorno escolar para el desarrollo de un PES, como encontramos en la bibliografía (Davó Blanes et al., 2008)(Jiménez-Torres et al., 2013).

Con respecto al análisis de los resultados obtenidos en los conocimientos sobre prevención de accidentes, primeros auxilios y RCP, encontramos un incremento de gran intensidad en los conceptos incorporados por parte de los alumnos con un aumento total del bloque de un 88%, lo que confirma de nuevo que la metodología utilizada consiguió la motivación y aprendizaje buscados. Debemos indicar que los alumnos demostraron con un 98,8% de aciertos que conocen el teléfono europeo de emergencias y con un 91,6% la secuencia de la RCP,

lo que unido al resto de resultados, se sitúa en un éxito trascendental (Böttiger & Van Aken, 2015)

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN

Una vez descritos los conocimientos resultantes de la evaluación ulterior a la intervención, podemos afirmar que la labor desempeñada por un profesional de enfermería junto al diseño de un material didáctico específico y adaptado a la población de estudio, demuestran el aumento de la motivación, atención y participación de los alumnos, incrementando su nivel de conocimientos, por lo que consideramos que ha resultado sumamente eficaz. En este sentido, al consultar en la bibliografía la existencia de estudios similares, encontramos que en Reino Unido, donde la figura de la enfermera escolar se encuentra incorporada en la escuela y la interrelaciona con la Atención Primaria de Salud (APS), consiguen un cambio en el comportamiento y muchos beneficios a nivel individual y social, como por ejemplo el descenso del fracaso escolar o la reducción de peso (Isabel, Gijzen, & Kaiser, 2013; Turner & Mackay, 2015; Winland & Shannon, A., 2004), además del aumento de los conocimientos de salud.

COMPARATIVA CON EL GRUPO CONTROL

En el análisis de los resultados intergrupales podemos afirmar que los sujetos del grupo experimental presentan un incremento superior respecto al grupo que actuó de control. Los alumnos que actuaron como control poseían unos conocimientos superiores a los analizados en el grupo experimental previos a la intervención, pero que éstos tampoco demostraron ser muy superiores en este sentido, lo que puede reflejar que aunque estaban adscritos al PEEPSRM (Gutiérrez y cols., 2005) y en él se trabajan los mismos contenidos que impartimos en nuestra intervención, se pueden ver afectados por las barreras que encuentra el profesorado para el desarrollo efectivo de los mismos, tal como indica Gavidia (2009) y explicadas anteriormente (Talavera Ortega & Gavidia Catalán, 2007). Estos inconvenientes los percibimos en nuestro estudio y fueron publicados en un informe presentado por las Consejerías de Educación y Sanidad de la Región de Murcia en el año 2016 (Gutiérrez García et al., 2016), como la necesidad de revisar, editar y publicar los materiales educativos de aquellos contenidos de educación a

la salud que se trabajan en las escuelas y que por los cambios acontecidos en nuestro entorno social, se han quedado ligeramente desactualizados y descontextualizados; destinar recursos a la formación de los profesionales para su utilización adecuada también es una necesidad pertinente. Además, se precisa la creación de un grupo de trabajo para el abordaje de estos temas en el colegio, ya que la figura del coordinador del plan se expone como insuficiente.

Otros comentarios desvelados por el profesorado, indican que sería necesario otorgar una duración, contenido y espacios determinados a los PES y contemplarlos en la planificación del horario de cada uno de los grupos, así se podría solucionar la falta de tiempo que exteriorizan los profesores en el abordaje de estas temáticas (Fernández, Nebot, & Jané, 2002; Gutiérrez et al., 2016; Talavera & Gavidia, 2007). En este sentido existen varias propuestas que plantean la incorporación del profesional de enfermería al centro educativo para el desarrollo de estas actividades, como así sucede en otras realidades de nuestro entorno nacional (Madrid-López, 2014; Manjón Ruiz & Carrasco Sousa, 2006) e internacional (Al-Yateem, Attia, AL-Yafei, Mohammed, & Mahmood, 2015; PHD-PHN/32420, 2014; Weismuller, Grasska, Alexander, White, & Kramer, 2007).

LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El estudio y análisis de las variables abordadas en esta investigación, nos ha acercado a la realidad de los entornos escolares, donde detectamos que el alumnado es capaz de aumentar los conocimientos sobre la promoción y educación para la salud con una intervención concreta, relativamente corta en el tiempo y con un carácter muy aplicado, garantizando así una mejora futura en sus hábitos y en su salud en general.

Entre las limitaciones que se desprenden de nuestro estudio, manifestamos que el diseño de la investigación elegido se estableció bajo los parámetros de una metodología cuantitativa, lo que nos pudo suponer cierto sesgo al no tener en cuenta factores de carácter cultural o social, aspectos eminentemente cualitativos que deben explorarse y estudiarse a través de instrumentos de investigación de carácter cualitativo; para profundizar en la cultura de salud de los individuos y exponer otra visión que permita conocer la influencia de otros factores, sería preciso plantear diseños mixtos o cualitativos. En relación a esto, tampoco se

controló el efecto de los aspectos socioculturales de la población estudiada ni del entorno, los cuales, podrían haber enriquecido tanto los resultados como la discusión de los mismos. Además, tras consultar la bibliografía relacionada con la temática en la elaboración de las evaluaciones, no se encontraron investigaciones similares a esta tesis, lo que condicionó varias etapas del análisis estadístico de los datos, como la realización de un análisis multivariante o la introducción de otras variables que pudieran considerarse pertinentes diferentes a la intervención educativa en salud.

Uno de los aspectos que más incertidumbre puede generar tras la extraordinaria efectividad de nuestra investigación, es que no podemos controlar, ni medir, si se ha producido un cambio de comportamientos de salud hacia otros más saludables en la población intervenida, cuya trascendencia desprendería un resultado absolutamente completo de los beneficios que supone la realización PES impartidos por un profesional de enfermería en los centros educativos.

Para futuras líneas de investigación, tomaremos como punto de partida dichas limitaciones identificadas, de manera que la promoción de líneas de investigación social en Educación para la Salud en la Escuela impartida por un profesional de Enfermería, constituya un elemento estratégico para potenciar la salud de la infancia y adolescencia.

Resulta necesaria la actualización de la formación en el manejo de las nuevas tecnologías y metodologías docentes en el entorno escolar. Este aspecto es transversal para toda la comunidad educativa, puesto que se trata de adaptar las metodologías didácticas a nuevas formas de compartir y generar conocimiento aprovechando los recursos que ofrecen las nuevas tecnologías de la información y comunicación en salud. Es una forma de promover nuevos itinerarios en la construcción del proceso personal de aprendizaje del alumno en cuestiones que tienen que ver con su propia salud, y en definitiva, con su propia vida. Así, surge la necesidad de conocer cómo se comportan estas nuevas formas de enseñanza-aprendizaje integrando diferentes conocimientos y formas de integrarlos en su vida, analizando el nuevo papel que puede desempeñar el profesional de enfermería en los entornos escolares.

VIII

CONCLUSIONES

VII - CONCLUSIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones más relevantes que se desprenden de este estudio.

- La valoración del nivel de conocimientos sobre salud de los alumnos del último tramo de Educación Primaria de la ciudad de Murcia realizada previa a la intervención del presente estudio, resultó deficitaria en todos los bloques de contenido: alimentación saludable, actividad física, salud emocional, adicciones y, prevención de accidentes y primeros auxilios, presentando cierta homogeneidad en relación a las variables independientes medidas. Los alumnos presentaron las mismas diferencias y similitudes en cualquiera de las relaciones independientes medidas, como por ejemplo, en relación con la profesión de los padres, donde encontramos que los hijos de profesionales de la salud, o de docentes; partían de un nivel de conocimientos mayor. No se encontró relación entre la práctica de actividades deportivas extraescolares frente al nivel de conocimientos de salud, pero sí en los que realizaban una actividad artística extraescolar, que consiguieron mejores calificaciones en todos los bloques resultando estadísticamente significativo.
- Se ha llevado a cabo la implementación de una intervención de Educación para la Salud en el entorno escolar por parte de profesionales de Enfermería, en la que se abordaron contenidos didácticos de alimentación saludable, actividad física, adicciones, salud emocional y, prevención de accidentes y primeros auxilios, siguiendo las recomendaciones de *la Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias: Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo*, propuesta por los Ministerios de Sanidad y Educación del Gobierno de España. Para el desarrollo de los contenidos, se utilizó el material incluido en el *Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia*, llevando a cabo algunas modificaciones/actualizaciones necesarias en los materiales didácticos, para adaptarlos a la realidad sociocultural y educativa de la población de estudio.

- Tras la intervención de Educación para la Salud en entornos escolares, impartida por un profesional de enfermería en la ciudad de Murcia, hallamos un extraordinario aumento de los conocimientos de salud en los sujetos del estudio. El incremento se produjo en todas las variables analizadas, destacando la intervención relacionada con la prevención de accidentes y los primeros auxilios, donde se observó el mayor incremento de todos los bloques intervenidos.
- La intervención educativa llevada a cabo en el entorno escolar resultó sumamente efectiva, demostrando que las técnicas utilizadas consiguieron un aumento significativo en el nivel de conocimientos evaluado, así como la mejora de la motivación y participación del alumnado.
- En el análisis de las diferencias encontradas en cuanto al nivel de conocimientos en salud entre el grupo experimental y el grupo control se evidencia que el modelo de intervención educativa desarrollado por el profesional de Enfermería en el aula genera mejores resultados que el modelo tradicional utilizado en los centros educativos adscritos al *Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia*.
- Podemos afirmar con gran nivel de certeza, que la Educación para la Salud impartida por un profesional de Enfermería genera un aumento de los conocimientos en salud en los alumnos del último tramo de Educación Primaria de la Región de Murcia, mostrándose como la alternativa ideal para solventar los problemas detectados por el profesorado a la hora de atender esa demanda de la sociedad. Además, la enfermera, dentro del entorno educativo, es capaz de desarrollar un Proyecto de Educación para la Salud teniendo en cuenta todas las esferas del niño, ofreciendo una atención no solo integral sino integrada.

VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VIII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACISE. Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar. (2014). <http://acise.cat/>
- Aguilera-Pérez, M.C., Castillo Rodríguez, I.N., y Fernández Alanzor, I. (2011). La enfermería y la salud escolar. Trabajo publicado en el II Congreso Internacional Virtual de Enfermería, Mayo, Granada. Recuperado 9 de marzo, 2014, en <http://www.congresoenfermeria.com>.
- Alonso Peña, N.; Campo Briz, M. (2014). Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria. *Nuberos Científica*. 2(13), 25-31
- Alonso Sanz, C.; Salvador Llivina, T.; Suelves Joanxich, J.M.; Jiménez García-Pascual, R.; Martínez Higuera, I. (2004). Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. (1993). Thomas Mckeown and Archibal Cochrane: a journey through the diffussion of their ideas. *BMJ*.; 306:1252-4.
- Álvarez Gutiérrez FJ, Vellisco García A, Calderón Osuna E, Sánchez Gómez J, Del Castillo Otero D, Vargas González R, (2000). Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campana de prevención del tabaquismo 1998-1999). *Arch Bronconeumol.* ; 36:118- 23.
- Al-Yateem, N., Attia, A. K. N., AL-Yafei, T., Mohammed, A., & Mahmood, B. (2015). The impact of a school nurse intervention on adolescents' knowledge about healthy eating. *British Journal of School Nursing*, 10(6), 280–287. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2015.10.6.28>
- AMECE Asociación Madrileña de Enfermería en centros educativos. (2010). Retrieved June 2, 2017, from <http://www.amece.es/>
- ANMF. Australian Nursing and Midwifery Federation. (2012). <http://anmf.org.au/pages/school-nursing-standards>

- Antonovsky A. (1988) The salutogenic approach to family system health: promise and danger. In: European congress on mental health in European families.
<http://www.angelfire.com/ok/soc/agolem.html>
- Ashton, J., Seymour, H., Rodríguez Artalejo, F., Álvarez-Dardet Díaz, C., Colomer, C., & Piera, C. (1990). La nueva salud pública: La experiencia de Liverpool (1a ed., reimp.). Barcelona: Masson.
- Ávila, J.A., Fernández Candela, F., García-Caro Martín, Y., Medina Moya, J.L., Juárez Granados, F., Balboa Navarro, A.,. (2009). Perfil Profesional de la enfermera escolar. Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3). Disponible en: <http://www.fedesp.es/bddocumentos/9/perfil-de-la-enfermera-escolar.pdf>
- Böttiger, B. W., & Van Aken, H. (2015). Kids save lives –: Training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*, 94, A5–A7.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.005>
- Bradley, B. J. (1997). The school nurse as health educator. *Journal of School Health*, 67(1), 3-8.
- Castillo Ureña, M. J. (2007). CEP de INSS. *Revista Digital Practica Docente*, 2.
- Charro-Huerga, E.; Charro, E.; Gómez-Niño, A. (2013). Enseñanza-aprendizaje por indagación de los contenidos relativos a la salud en el grado de educación primaria. *Enseñanza de las Ciencias. Numero Extra “Un compromiso con la sociedad del conocimiento”*, 3812-3816.
- Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C (2001). Promoción de la salud y Cambio social. Barcelona: Masson.
- Costa, M.; López, E. (1986). Salud Comunitaria. Martínez Roca: Barcelona.
- Costante, C. C. (2006). School Health Nursing Services Role in Education : The No Child Left Behind Act of 2001. *The Journal of School Nursing*, 22(3), 142–147.
- CPR de la Región de Murcia. (2016). Listado De Centros Adscritos Al Plan De Educación Para La Salud En La Escuela. Retrieved May 28, 2017, from <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/284228->

Listado_Plan_Dic_16.pdf

- Davó, M. C. (2009). *La cultura de salud en las aulas de educación primaria y la incorporación de la escuela promotora de la salud a la salud escolar en España*. Universidad de Alicante. Retrieved from https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13433/1/tesis_davo.pdf
- Davó Blanes, M. C., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., & Parra la, D. (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*, 22(1), 58-64.
- Díez Fernández, T. (2001). ¿En qué medida es la enfermería escolar una necesidad sentida por los padres de los niños escolarizados en enseñanza primaria? *Enfermería Clínica*, 11 (2), 34-41.
- Eurybase. La base de datos sobre los sistemas educativos de Europa. Organización del sistema educativo español, 2008. Disponible en <http://www.eurydice.org>.
- Fernandez, M., Mena, L., & Riviére, J. (2012). Fracaso y abandono escolar en España. *Política y Sociedad*, 49(1), 197-200.
- Fernández, S., Nebot, M., & Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los meta-análisis? *Rev Esp Salud Pública*, 76(3), 175-187. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n3/10232.pdf>
- Fontanet, G. (2007). Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, versión 1. Recuperado de <http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/La%20enfermera%20en%20la%20escuela%20marzo%202007.pdf> 15 de marzo, 2014, de
- García García, I. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Rev Esp Salud Pública*, 72(4), 285-787. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v72n4/editorial.pdf>
- Gautier Vargas M. y Martínez González V. (2011). Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar. *Rev. ROL Enf.*, 34 (1), 26-31.
- Gifford E, (2009). Pairing Nurses and Social Workers in School: North Carolina's School-Based Child and Family Support Teams. *Journal of School Health*.

- Durham, 2010, Vol. 80; (2).104-107.
- Gavidia Catalán, V. (2009). El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales Y Sociales*, 180(23), 171–180.
- Gavidia Catalán, V., Rodes Sala, M. J., & Carratalá, A. (1993). La Educación para la Salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Gavidia, Valentín Rodes Sala, M^a. J. Carratalá, A. 1993 La Educación Para La Salud: Una Propuesta Fundamentada Desde El Campo de La Docencia. Enseñanza de Las Ciencias* 11 3 289 296. Retrieved from <http://roderic.uv.es/handle/10550/54976>
- Gavidia, V.; Talavera, M. (2012) La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, 161-175.
- Gifford, E. J., Wells, R., Bai, Y., Troop, T. O., Miller, S., & Babinski, L. M. (2010). Pairing Nurses and Social Workers in Schools: North Carolina's School-Based Child and Family Support Teams. *The Journal of School Health*, 80(2), 104–107. <http://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00472.x>
- Gobierno de España. (2009). Ganar Salud en la Escuela. *Ministerio de Educación, Ministerio de Sanidad Y Política Social*, 1(1), 182. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/ganarSaludEscuela.pdf>
- Gobierno de España. (2013). Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial Del Estado*, 295(10 de diciembre), 27548–27562. Retrieved from <http://www.boe.es>
- Guillén Martínez, D. (2013). Enfermedad Crónica en la Infancia y Enfermería Escolar: Nuevas Necesidades y Nuevos Recursos en los Entornos Escolares. Universidad Católica San Antonio.
- Gutiérrez García, J., Martínez Moreno, F., Torres Chacón, M., Lozano Olivar, A., Pérez Riquelme, J., Carpe Carpe, B., ... Esteban Segura, M. (2016). *Evaluación de resultados del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010*. (Consejería de & Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Eds.) (1st ed.). MURCIA. Retrieved from <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/377066->

Evaluacion_resultados_Plan_EpS_Escuela.pdf

- Gutiérrez García JJ, López Alegría C, P. R., & Fco, L. R. C. (2005). *Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005 - 2010*. (Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, & Servicio de Promoción y Educación para la Salud, Eds.) (1st ed.). Murcia. Retrieved from <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/78309-Volumen1.pdf>
- Heckman J. J & LaFontaine P. A, (2010). "The American High School Graduation Rate: Trends and Levels," *The Review of Economics and Statistics*, MIT Press, vol. 92(2), pages 244-262, 01.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan.
- INE. (2006). Encuesta nacional de salud 2004-2005. INE, Recuperado 10 marzo de 2014, de <http://www.ine.es>.
- INE. (2009). 7 de abril. Día mundial de la salud. Un chequeo a los españoles. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. INE, Recuperado 20 de febrero, 2014, de <http://www.ine.es>.
- INE. (2011). Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística, Recuperado 15 de marzo, 2016, de <http://www.ine.es>.
- INE. (2012). Encuesta nacional de salud 2011-2012. INE, Recuperado 10 marzo de 2014, de <http://www.ine.es>.
- INE. (2016). Cifras de población referidas al último dato publicado: población a 1 de julio de 2016. INE.
- Isabel, L., Gijzen, S., & Kaiser, D. E. (2013). Nursing and health education in brazilian schools: an integrative literature review 1, 12(4), 813–821. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i4.17618>
- Jacinto y sus amigos. Thinking-health. (2017). <http://www.jacintoysusamigos.com/#home>
- Jiménez-Torres, M. G., Guerrero-Ramos, D., & López-Sánchez, M. (2013). *Publicaciones sobre educación para la salud en las instituciones educativas*

- españolas (1993-2013). *Revista Iberoamericana de Psicología Y Salud*, 4(2), 65–79.
- Juárez Granados F. 2006. La enfermera escolar y su rol multidimensional. SCELE, Recuperado 14 de marzo de 2014, de http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/archivos/rol_multidimens_enfermer_escolar.pdf.
- Juvinya-Canal, D. (2013). Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería Clínica*, 23(3), 87–88. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.03.004>
- Jensen BB. (2000). Health Knowledge and health education in the democratic health promoting school. *Health Education.*; 100: 146-53.
- Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Publicación científica 557. Washington: OPS; 1996.p.15-24.
- Kocoglu, D., & Emiroglu, O. N. (2017). The Impact of Comprehensive School Nursing Services on Students' Academic Performance. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), 5–17. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.002>
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective On The Health Of Canadians*. OTTAWA. Retrieved from <http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf>
- Ley 1/1994, de 28 de marzo, de Salud Escolar. Gobierno de España. DOGV nº 1 2241, de 7 de abril. (1994).
- Ley General 14/1986, de 25 de abril, de Sanidad. España (LGS). Disposiciones generales. Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia. B.O.E. nº 102 (1986).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Disposiciones generales. Gobierno de España. BOE. nº 280. (2003).
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE). Disposiciones generales. Gobierno de España. BOE nº 307. (2002).
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a Educación (LODE). Disposiciones generales. Gobierno de España. BOE nº 159. (1985),
- Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación (LOE). Disposiciones generales.

- Gobierno de España. B.O.E. nº 106 (2006).
- Ley Orgánica 5/1980 de 19 de Junio, de Estatutos de Centros Escolares (LOECE). Jefatura del Estado. Disposiciones generales. Gobierno de España. BOE nº 154. (1980)
- Ley Orgánica General 1/1990, de 3 de Octubre, del Sistema Educativo (LOGSE). Disposiciones generales. Gobierno de España. BOE Nº 238. (1990).
- Lilienfeld A, Lilienfeld D. Foundations of epidemiology. New York: Oxford University Press; 1980.
- Lima-Serrano, M.; Lima-Rodriguez, J.S.; Saez-Bueno, A. (2012). Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5), 253-268.
- Lochner, L and Moretti E. (2004). "The Effect of Education on Crime: Evidence from Prison Inmates, Arrests, and Self-Reports." *American Economic Review*, 94(1): 155-189. DOI: 10.1257/000282804322970751
- Lozano Olivar, A. (2005). Promoción de la salud en la escuela. Un reto para la enfermería. Cuidar y Educar. Recuperado 10 de marzo, 2014, en: http://www.seapremur.com/Revista_Nov_2005/PDF_Nov_05/Promocion_de_la_salud.pdf.
- Madrid-López, M. (2014). La enfermera propulsora de salud: Jóvenes y Educación para la Salud en colegios Autores. *Paraninfo Digital*, 20.
- Manjón Ruiz, J., & Carrasco Sousa, J. (2006). Educación para la salud: hacia un nuevo modelo estructural y de intervención multidisciplinar desde los centros educativos. *Revista Fuentes*, 7.
- Martín Zurro, A. & Cano Pérez, J.F. (2003). Atención Primaria de Salud. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 5ª Ed. Madrid: Elsevier
- Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F. & Gené Badía, J. (2014). Atención Primaria de Salud. Principios, organización y Métodos en Medicina de Familia. 7ª ed. Madrid: Elsevier.
- Mc Mahon B, Pugh Tf. (1975). Principios y métodos de Epidemiología. México: La prensa médica mexicana.

- Mendoza, R. y López, P. (1993). Escuelas generadoras de salud. Cuadernos de Pedagogía, 214, 8-12.
- MGI (McKinsey Global Institute) (2014). www.mckinsey.com/insights/economic_studies/how_the_world_could_better_fight_obesity.
- Ministerio De Sanidad Y Consumo Agencia Española De Seguridad Alimentaria Y Nutrición, & Ministerio De Educación Y Ciencia. (2007). *Alimentación Saludable Cuaderno Del Alumnado*. (M. De Sanidad Y Consumo, Ed.). Madrid: Programa Perseo.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (MEPSD) y Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). (2008). Guía para las administraciones educativas y sanitarias, criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). (2008). Ganar Salud con la Juventud. Recuperado 11 de Diciembre, 2012, en <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>.
- Ministerio de Educación (2010). PISA 2009. Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos. OCDE. Informe Español. Madrid: Dirección General de Evaluación y Cooperación Territorial. Instituto de Evaluación.
- Monsalve Lorente, L. (2013). Políticas Educativas En Educación Para La Salud En La Unión Europea. Estudio Comparado. Universidad de Valencia. Retrieved from [http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/31150/Tesis Doctoral Laura Monsalve septiembre 2013.pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/31150/Tesis%20Doctoral%20Laura%20Monsalve%20septiembre%202013.pdf?sequence=1)
- Monsalve Lorente, L. (2013). La educación para la salud en la escuela como intervención social. *Revista internacional de ciencias sociales*, 2(1), 45–60.
- Monsalve, L (2013). La educación para la salud en la escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*. Volumen 1, 107-122. ISSN 2255-453X. Madrid: Common Ground publishing. España.

- Monteiro, E. M. L. M., Azevedo, I. G. B., Veríssimo, A. V. R., Silva, A. R. S., Dourado, C. A. R. O., & Brandão Neto, W. (2016). Interfaz entre formación en enfermería y actividades artístico-culturales en el espacio académico: visión de los estudiantes. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.004>
- NASN. National Association of School Nurses. (2017). <https://www.nasn.org/>
- Nasser Laaoula, A.O (2011). “La Enfermería: Una necesidad sentida”. Escuela de Ciencia de la Salud de la Universidad de Almería.
- Novel G. (1991). “Aspectos psicosociales del enfermo crónico”. *Enfermería psicosocial II*: 239-241.
- Oliva Rodríguez, R., Tous Romero, M., Gil Barcenilla, B., Longo Abril, G., Pereira Cunill, J. L., & García Luna, P. P. (2013). Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1567–1573. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6746>
- OMS. (1984). Health Promotion: A discussion document on the concept and principles. Supplement to Europe News,3. Copenhagen: OMS.
- Pastor-Vicedo, J. C., Gil-madróna, P., Prieto-ayuso, A., & González-víllora, S. (2015). Los contenidos de salud en el área de educación física: Análisis del currículum vigente Health contents in Physical Education: Analysis of the current curriculum, 2041(2014), 134–140.
- Pérez, I. J., Delgado, M. (2010). Mejora de los conocimientos, procedimientos y actitudes del alumnado de secundaria tras un programa de intervención en educación física para la salud. *European Journal of Human Movement*, 18(0), 61–77. Retrieved from <https://recyt.fecyt.es/index.php/ejhm/article/view/56249/34163>
- PHD-PHN/32420. (2014). *Maximising the school nursing team contribution to the public health of school- aged children*.
- Puerta Ortuño, C., Gomariz López, M., López Rojo, C., Usera Claveiro, M., López Alegría, C., Párraga Ros, I., ... Lozano Pozo, A. (2004). *Prevención del consumo de Tabaco y el Alcohol en 3er ciclo de Primaria*. (Consejería de Sanidad, Ed.) (1st

- ed.). Murcia. Retrieved from <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/104675-LIBRO2-0-B.pdf>
- Rodríguez Huertas, E., Solana Moreno, M. I., Rodríguez Espinosa, F., Rodríguez Moreno, M. J., Aguirre Rodríguez, J. C., & Alonso Ródenas, M. (2012). Programa CASERIA (Cuestionario hábitos Saludables en Primaria). Respuestas de escolares de 6 a 10 años de edad. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 38(5), 265–277. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.10.018>
- Ruano Casado, L., Aparicio Ramón, D. V., Fernández Garrido, J. J., Merelles Tormo, A., Sánchez García, A., & Pont Martínez, J. (1991). Educación para la salud en la escuela. *ROL de Enfermería*, 158, 71–75.
- Salleras Sanmartí, L. (1985). Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos.
- Salvador Llivinia, T. (Coord.) (2008). Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en Promoción y Educación para la Salud en la Escuela en España. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sánchez Esteve, J. J. (2010). La educación para la salud en educación primaria. *Eduinnova*, 76–80.
- Sanmartin, H. (1982). La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de epidemiología social. Karpos: Madrid.
- San Martín H, Pastor U (1988). Salud comunitaria. Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos
- SCE3. (2009). Sociedad Española de Enfermería Escolar. Retrieved June 2, 2017, from <http://www.sce3.com/>
- Serrano, I. (2003). “La eficiencia de la educación y los indicadores de la salud”. *Revista: A tu salud*, 42, 8-12.
- Services, U. S. D. of H. and H. (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans THE SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 63. Retrieved from www.health.gov/paguidelines
- SFSP, Société Française de Santé Publique (2004). <http://www.sfsp.fr/>
- Sierra J, Zurriarain J, (1988). Escuelas Promotoras de Salud. Cuadernos de

- Pedagogía; 267:17-22.
- Soler Pardo, Gràcia (2016). "Enfermeras/os Escolares: Habilidades, competencias y funciones" <http://acise.cat/columns-example/sample-page/>
- Talavera, M.; Gavidia, V. (2007). Dificultades para el desarrollo de la educación para la Salud en la escuela. Opiniones del profesorado. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales* 21, 119-128.
- Talavera, M.; Gavidia, V. (2013) Percepción de la Educación para la Salud en el personal docente y el sanitario. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 27, 115-129.
- Talavera Ortega, M., & Gavidia Catalán, V. (2007). Dificultades para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela. Opiniones del profesorado. *DIDÁCTICA DE LAS CIENCIAS EXPERIMENTALES Y SOCIALES*, 21, 119–128. Retrieved from <file:///C:/Users/Dani/Downloads/Dialnet-DificultadesParaElDesarrolloDeLaEducacionParaLaSal-2476009.pdf>
- Torres-Gordillo, J., & Perera-Rodríguez, P. (2010). LA RÚBRICA COMO INSTRUMENTO PEDAGÓGICO PARA LA TUTORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS APRENDIZAJES EN EL FORO ONLINE EN EDUCACIÓN SUPERIOR. 36, 141–149. Retrieved from <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/12662/rubrica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Turner, G., & Mackay, S. (2015). The impact of school nurse interventions: Behaviour change and mental health. *British Journal of School Nursing*, 10(10), 494–506. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2015.10.10.494>
- Weismuller, P. C., Grasska, M. A., Alexander, M., White, C. G., & Kramer, P. (2007). Elementary School Nurse Interventions: Attendance and Health Outcomes. *The Journal of School Nursing*, 23(2), 111. [https://doi.org/10.1622/1059-8405\(2007\)023\[0111:ESNIAA\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1622/1059-8405(2007)023[0111:ESNIAA]2.0.CO;2)
- Winland, J., & Shannon, A. (2004). School Staff ' s Satisfaction With School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 20(2), 101–106.
- Winslow, C.E.A. (1920). The untilled fields of public health. *Science* 9(50), 1306, 23-33.

- World Health Organization, (1978) UNICEF. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata. 1978.
- WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization.(1984) Health Promoting schools. A healthy setting for living, learning and working. WHO/HPR/HEP/98.4.
- World Health Organization. Promoting Health Through Schools. Geneva; 1997. WHO Technical Report Series. Report. N°870.
- World Health Organization. Research to improve implementation and effectiveness of school health programs. WHO/HPR/HEP/96.3.
- World Health Organization. Improving health through schools. National and international strategies. WHO/NMH/HPS/001.
- Young I, Williams T (editors). (1992). The Healthy School. Scottish Health Education Group. Edinburgh EH104SG. 1989. En: Educación para la salud en la Escuela. Conferencia Europea. San Lorenzo del Escorial. Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo.

ANEXOS

IX



PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR

PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR

APROBADO EN GANDÍA (VALENCIA) EL 30 DE OCTUBRE DE 2009

AUTORES:

M^a Del Mar Ortiz Vela.
José Antonio Ávila Olivares.
Fernando Fernández Candela.
Yolanda García-Caro Martín.
José Luís Medina Moya.
Federico Juárez Granados.
Ana Balboa Navarro.
Alicia Carmona Moreno.
Elvira Marqués Aguilar.
Pilar Palomares Díaz.
Jose Luís Piera Gomar.

COLABORADORES:

Todos los miembros del Grupo "Enfermería en Salud Escolar" (ENSE) de CECOVA.
Asistentes al Foro de Debate celebrado el 30 de Octubre durante el II Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad nos enfrentamos, dentro de la comunidad escolar, a nuevos problemas de salud difíciles de abordar sin la ayuda de profesionales de la salud. La integración de niños y niñas con enfermedades como espina bífida, asma, diabetes, procesos epilépticos o determinadas alergias, además del ya conocido aumento del consumo de algunas drogas, el incremento del porcentaje de obesidad infantil y el crecimiento de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión genital en la población juvenil e infantil son sólo algunos de ellos. Por tanto, los niños y adolescentes de hoy en día tienen necesidades en materia de salud que no pueden ser cubiertas por padres o profesores sin la ayuda de profesionales de la salud.

Por otro lado, los niños y niñas con enfermedades y discapacidades crónicas deben ser integrados y atendidos en sus necesidades de salud, por lo que requieren una serie de cuidados y atenciones en la escuela, lugar donde pasan la mayor parte del día.

ANEXO I: PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR



PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR

Últimamente, la lucha contra las enfermedades se ha centrado en erradicar el problema una vez desencadenado, sin embargo, todos sabemos que es mejor prevenir que curar. En la mayoría de patologías, como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares, conocemos los factores que aumentan el riesgo de padecerlas y, cuyo control permite reducir su incidencia; de hecho, la mayor parte de estos elementos tienen que ver con hábitos de vida que adquirimos en la infancia. Por lo tanto, la mejor forma de prevenir enfermedades viene condicionada por la educación para la salud (EpS) que sepamos transmitir a los más pequeños.

El tratamiento transversal de la EpS que proponía la LOGSE ha evidenciado carencias y limitaciones que hemos de corregir cuanto antes. Los docentes se ven desbordados e incapaces de tratar temas como las drogodependencias, los trastornos alimentarios, la educación afectivo-sexual, etc., y exigen que sea un profesional de la salud con aptitudes pedagógicas quien se encargue de formar a los escolares en estas materias.

En este sentido, en las conclusiones del I Congreso quedó suficientemente demostrado que la EpS en la escuela debe ser impartida por profesionales de enfermería, puesto que, debido a su formación holística en materia de salud, se convierten en los profesionales idóneos para desarrollar la promoción de la salud en el ámbito escolar, al tiempo que garantizan la asistencia inmediata, el seguimiento y el cuidado de escolares con enfermedades crónicas.

Asimismo, el actual modelo, en el que los profesionales de Atención Primaria acuden a colegios e institutos de forma puntual, relega a la educación para la salud a una enseñanza ocasional, episódica, marginal y de escasa relevancia, sin estar enmarcada dentro de un plan de formación y sin partir de las necesidades de la comunidad escolar.

Al igual que ocurre en muchos otros países, la enfermera escolar debería estar integrada en la escuela. Esto garantizaría la planificación, puesta en marcha, supervisión y evaluación de los programas de salud escolar.

A su vez, diferentes estudios realizados para demostrar la importancia de la promoción de la salud en la infancia y adolescencia, subrayan el destacado papel que juega la enfermera escolar, que además, cumple otra serie de funciones, que la legitiman como el eje principal en la salud de toda la comunidad escolar.

Por ello, con este documento se pretende definir el perfil profesional de la enfermera escolar, entendida ésta como aquella enfermera que presta atención y cuidados de salud a la comunidad escolar integrada en la misma, y como consecuencia presente en el centro educativo durante todo el horario escolar, y no como un agente externo que acude de forma puntual.

No se pretende determinar en este documento de qué organismo o institución dependerá la Enfermera Escolar, pues se entiende que esta decisión recae en otras entidades.



PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR

ESTADO DE LA CUESTIÓN

La Enfermera Escolar no es una figura novedosa, pues ya está institucionalizada y consolidada en otros países, en colegios privados y de carácter extranjero de nuestro país, en los colegios públicos específicos de educación especial e incluso, en comunidades autónomas como Madrid, Castilla - La Mancha o Castilla - León, donde ya hay Enfermeras Escolares en los colegios ordinarios donde integran niños con problemas de salud.

Estas enfermeras escolares desarrollan sus funciones en la comunidad escolar estando presente en el centro educativo durante todo el horario escolar.

Por otro lado, a nivel municipal, son numerosas las localidades que a falta de que la Administración autonómica correspondiente implante este profesional en sus centros educativos, ponen en marcha Servicios de Enfermería Escolar con mayor o menor ratio enfermera – colegios.

Por tanto, podemos observar que la figura de la Enfermera Escolar no es un perfil que vaya a emerger en un futuro, sino que en el presente ya está implantada en algunas comunidades y poco a poco se extenderá al resto.

En Comunidades como en la Valenciana o Murciana se está desarrollando un importante movimiento reivindicativo, consiguiendo el compromiso de una implantación progresiva.

DEFINICIÓN

La enfermera escolar es un profesional que cuenta con un título oficial universitario de Enfermería y con una formación adicional académica y/o profesional de postgrado sobre Enfermería Escolar.

La enfermera escolar se define como el profesional de enfermería que realiza su desempeño en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa, y que para ello ha recibido una formación específica y complementaria en su proceso formativo.

Su objetivo es contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad, debiendo estar integrada en la misma, y en consecuencia, presente en el centro educativo durante todo el horario escolar.

ANEXO I: PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR



PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR

FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESCOLAR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS:

Para enmarcar las funciones de la Enfermera Escolar, a continuación se citan dos referencias normativas:

La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 7 y dentro del ámbito de actuación dice: "...a los diplomados en Enfermería les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la Salud, así como la prevención de las enfermedades y discapacidades"

Asimismo, el Decreto 1231/2001 de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería, en su artículo 52 dice que "...se considerará que el ejercicio de la profesión de enfermería abarca, a título enunciativo, el desarrollo de funciones asistenciales, investigadoras, de gestión y de docencia.

Por ello, las actuaciones y tareas de la enfermera escolar se pueden establecer de acuerdo con las cuatro funciones reconocidas de la enfermería profesional: asistencial, docente, investigadora y de gestión.

1.- FUNCIÓN ASISTENCIAL:

Es función de la enfermera escolar el prestar atención y cuidados de salud integrales al alumno/a, y resto de comunidad escolar formada por padres - madres y docentes y personal no docente, en el desarrollo del ejercicio autónomo de su profesión. Y se sirve del método científico para, a través del Proceso de Enfermería: valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de salud a la comunidad educativa.

Las actividades de la enfermera escolar, intrínsecas a la función asistencial se orientan a:

- ✓ Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud de la comunidad educativa.
- ✓ Identificar y valorar las necesidades de salud y los cuidados que requieren los individuos, considerando los aspectos biopsicosociales.
- ✓ Realizar la actividad asistencial en función de las necesidades de cuidados detectadas y actuar según protocolos validados científicamente.
- ✓ Realizar los pertinentes planes de atención de enfermería a los alumnos que lo requieran basados en los diagnósticos enfermeros.
- ✓ Actuar ante emergencias o incidencias que surjan durante el horario escolar.
- ✓ Administrar los tratamientos y medicaciones prescritos por profesionales médicos, a los escolares que lo requieran, previa autorización por escrito
- ✓ Control y seguimiento del alumnado con enfermedades crónicas en colaboración con las familias, facultativos y demás miembros del equipo de salud.
- ✓ Prevenir y detectar de forma precoz los principales problemas de salud más prevalentes en la edad escolar. Dentro de este ámbito la enfermera colaborará estrechamente con la



PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR

- dirección y gabinete psicopedagógico del centro en los casos en los que se detecten problemas de salud emocionales y/o psicológicos.
- ✓ Supervisar el equilibrio de la alimentación ofrecida por el comedor escolar participando en la Comisión de Comedor, para la evaluación mensual de los menús y adecuación de éstos a los alumnos/as con necesidades alimentarias especiales.
 - ✓ Asesorar como especialista en el marco sanitario a toda la comunidad escolar en la Consulta de Enfermería.
 - ✓ Crear una historia individualizada de los escolares y un diario de consultas.
 - ✓ Derivar al alumno/a al centro sanitario cuando se considere necesario con previo aviso a los padres o tutores del alumno/a.
 - ✓ Diseñar, implementar y evaluar los protocolos específicos y guías de acción para la práctica de la enfermería en el ámbito escolar.
 - ✓ Participar activamente en el equipo interdisciplinar que conforma la comunidad educativa, aportando la visión de experto en el área que le compete.

2.- FUNCIÓN DOCENTE:

Esta función comprende un conjunto de actividades educativas y formativas dirigidas al alumnado, profesorado, padres y madres del alumnado, así como al resto de profesionales y trabajadores que forman la comunidad educativa. De esta manera las actividades que desarrolla la enfermera escolar dentro de la función docente son:

- ✓ Promover la salud y la adquisición de hábitos saludables y habilidades que favorezcan las conductas saludables a través de los programas de EpS dirigidos a toda la comunidad escolar.
 - Formar a madres, padres y asociaciones de AMPAS sobre los problemas frecuentes en el centro educativo (enfermedades transmisibles, prevención de accidentes, etc.), cómo prevenirlos y en general, fomentar unos hábitos saludables desde el ámbito familiar participando en la Escuela de Padres.
 - Colaborar en la formación de profesionales y trabajadores de la comunidad educativa (personal de comedor, educadores, maestros, equipo directivo, etc.) desarrollando seminarios y talleres sobre hábitos de vida saludables.
 - Trabajar colaborativamente con el equipo docente y el claustro de profesores para integrar la salud en todas las materias de manera transversal.
- ✓ Educar a alumnos que padecen enfermedades crónica, y al resto de la comunidad educativa, sobre el autocuidado.
- ✓ Realizar recomendaciones dirigidas a madres-padres, y personal docente y no docente sobre los procesos patológicos más comunes en la infancia y cómo prevenirlos.
- ✓ Explicar el proceso de la enfermedad, beneficios y ventajas de algunas pruebas diagnósticas, buen uso del sistema sanitario, etc.
- ✓ Aportar a la comunidad educativa una visión de la salud como un bien positivo que hay que cuidar cuando la persona está sana.

ANEXO I: PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR



PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA ESCOLAR

3.- FUNCIÓN INVESTIGADORA:

Abordar con rigor metodológico el estudio de la realidad con el fin de ampliar y profundizar en el conocimiento enfermero y evaluar la práctica y sus efectos, definen esta función.

- ✓ Desarrollar estudios científicos diversos con el fin de conocer los conocimientos, actitudes y hábitos de salud de los escolares, para así mismo, conocer la situación de partida y poder evaluar la actuación enfermera haciendo estudios comparativos posteriormente.
- ✓ Colaborar con grupos de investigación desarrollando el trabajo de campo en el ámbito escolar.
- ✓ Evaluar los resultados y el cumplimiento de los objetivos propuestos en la promoción de hábitos saludables.
- ✓ Medir la satisfacción de los usuarios (alumnado, madres-padres y docentes) con el servicio de enfermería escolar.
- ✓ Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los escolares.
- ✓ Mejorar los recursos didácticos de EpS a través de métodos como el de la investigación-acción en el aula.
- ✓ Potenciar la formación en investigación.
- ✓ Fomentar la auto-evaluación de las enfermeras escolares a través de reuniones y dinámicas individuales y grupales.
- ✓ Difundir los resultados de los estudios a través de revistas científicas y participación en congresos.

4.- FUNCIÓN GESTORA:

A través de la misma se desarrolla la planificación, organización, dirección y control de todas las actuaciones y recursos. Las actividades relacionadas con la función gestora son:

- ✓ Coordinar con el equipo profesional y directivo del centro escolar la planificación de la actuación enfermera, especialmente la relacionada con su función docente, incluyendo ésta en el Proyecto Educativo de Centro (P.E.C.) y en la Programación General Anual (P.G.A.)
- ✓ Ser el referente de salud y el nexo de unión entre los diferentes organismos involucrados en la salud de los escolares (Centro de Atención Primaria, Servicio de Odontopediatría, Salud Pública, Unidad de Prevención Comunitaria, etc.) facilitando la puesta en marcha de los distintos programas de promoción de la salud que ofertan las Administraciones Públicas y Privadas.
- ✓ Coordinar la actuación enfermera con los diferentes profesionales de los niveles asistenciales de salud que atienden a los alumnos/as (pediatra, y enfermera del centro de Atención Primaria, médico especialista, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) e incluso a través de los padres o tutores legales si fuera necesario.
- ✓ Gestionar el proceso de atención, recopilación y almacenamiento de la información referente a los alumnos. Registro y actualización de las historias de salud de cada alumno/a garantizando la confidencialidad en base a la Ley de protección de datos vigente.
- ✓ Supervisar la adecuada dotación del Servicio de Enfermería de los recursos materiales necesarios y su reposición.
- ✓ Controlar y registrar todas las acciones desarrolladas a todos los niveles.



TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD

*Enfermería en la comunidad escolar: una aproximación
evaluativa de educación para la salud en la infancia*



Este documento ha sido recopilado y adaptado del documento:
Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005 – 2010

COLEGIO: _____

CURSO: _____

CLASE: _____

EDAD: _____

CÓDIGO ALUMNO: _____

(EJEMPLO CÓDIGO: José Sánchez García 24 de Marzo: JSG2403)

ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



Primero contesta algunas preguntas sobre ti, para conocerte mejor:

¿QUÉ PERSONAS VIVEN EN TU CASA? *Rodea con un círculo todas las personas que vivan en tu casa*

- a) Papá
- b) Mamá
- c) Hermanos (Número de hermanos: _____)
- d) Abuelos
- e) Tutor o tutora
- f) Otras personas _____

¿Tienes hermanos Mayores que tú?

- a) SÍ
- b) NO

¿En qué trabaja tu Papá / tutor? _____

¿En qué trabaja tu Mamá / tutora? _____

¿Cómo vas al cole?

- a) Caminando
- b) En coche / moto
- c) En bici
- d) En autobús

¿Haces alguna actividad después del cole? *Puedes poner más de una*

- _____
- _____
- _____

¿Tienes alguna afición? *Puedes poner más de una*

- _____
- _____
- _____



1. ACTIVIDADES ALIMENTACIÓN

Completa la actividad escribiendo en las zonas punteadas

Una dieta saludable

¿Qué es para ti una dieta saludable?

.....

.....

.....

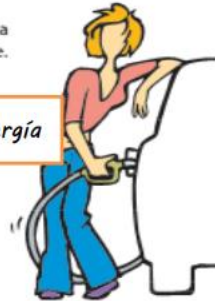
¿Nutriente o alimento?



Para poder crecer y sentirnos bien necesitamos comer alimentos de diferentes familias. Cada familia de alimentos aporta "nutrientes" que tienen distintas funciones. Nuestro cuerpo los necesita.

Alimentos que sirven para obtener ENERGÍA: Alimentos energéticos

Tienen una función parecida a la gasolina que ponemos en el coche para que funcione.



Dibuja alimentos que nos sirven para obtener energía



Alimentos que sirven para CONSTRUIR nuestro cuerpo y para CRECER.

Aportan "nutrientes" que funcionan como los ladrillos para construir una casa. Tienen sobre todo proteínas y también calcio.

Son la familia de **alimentos con función plástica**. A esta familia pertenecen:



Dibuja alimentos que nos sirven para
CONSTRUIR NUESTRO CUERPO Y PARA CRECER

Alimentos que sirven para poner nuestro cuerpo a punto.

Aportan principalmente vitaminas y minerales. Son la familia de alimentos reguladores. Son muy importantes para que todo funcione correctamente.

Dibuja alimentos que nos sirven para PONER NUESTRO CUERPO A PUNTO.



LA PIRÁMIDE DE LOS ALIMENTOS



Escribe en cada zona sombreada, los alimentos deben estar en cada parte de la pirámide, dependiendo del consumo que tengamos que tener de él cada semana.

ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



¡ Se ha colado un intruso!

Busca en cada columna el alimento que no está en su sitio porque no pertenece a esa familia:

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Leche <input type="checkbox"/> | Carne <input type="checkbox"/> | Acelgas <input type="checkbox"/> | Pan <input type="checkbox"/> |
| Yogur <input type="checkbox"/> | Pan <input type="checkbox"/> | Zanahorias <input type="checkbox"/> | Cereales <input type="checkbox"/> |
| Cuajada <input type="checkbox"/> | Calamares <input type="checkbox"/> | Arroz <input type="checkbox"/> | Carne <input type="checkbox"/> |
| Jamón <input type="checkbox"/> | Pollo <input type="checkbox"/> | Alcachofas <input type="checkbox"/> | Galletas <input type="checkbox"/> |
| Queso <input type="checkbox"/> | Sardinas <input type="checkbox"/> | Judías verdes <input type="checkbox"/> | Macarrones <input type="checkbox"/> |

Vamos de restaurante

¿Puedes elegir un menú equilibrado y saludable en este restaurante? Compruébalo.

Señala con una X los platos que eliges. ¿Por qué los has elegido?

- Primer plato: Macarrones.
 Ensaladilla rusa.
 Potaje de garbanzos.
 Puré de verduras.
- Segundo plato: Carne con patatas.
 Pollo a la jardinera.
 Merluza con ensalada.
 Pizza.
- Postre: Macedonia de frutas.
 Pastelitos de nata y chocolate.
 Natillas.
 Flan.



ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



| ¿Cuáles de estas afirmaciones se parecen a lo que tú sueles hacer normalmente? Marca la casilla con una X | Puntuación |
|---|------------|
| No suelo desayunar | -1 |
| Normalmente desayuno un lácteo: leche, yogur, etc. | +1 |
| Normalmente desayuno un cereal o derivado: pan, etc. | +1 |
| Normalmente desayuno bollería industrial | -1 |
| Tomo una fruta o zumo de fruta natural todos los días | +1 |
| Tomo una segunda fruta todos los días | +1 |
| Tomo un segundo lácteo a lo largo del día | +1 |
| Tomo verduras frescas o cocinadas una vez al día | +1 |
| Tomo verduras frescas o cocinadas más de una vez al día | +1 |
| Tomo pescado con regularidad (por lo menos 2 ó 3 veces a la semana) | +1 |
| Voy una vez o más a la semana a un centro de "fast-food" tipo hamburguesería | -1 |
| Tomo bebidas alcohólicas (cerveza, combinados, vino) una vez o más a la semana | -1 |
| Me gusta consumir legumbres (las tomo más de una vez a la semana) | +1 |
| Tomo dulces y gominolas varias veces al día | -1 |
| Tomo pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana) | +1 |
| En casa se utiliza aceite de oliva | +1 |
| Suma tu puntuación | |

ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



2. ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

¿Soy activo o sedentario?
¿Soy activa o sedentaria?

¿Qué se considera actividad física?

.....
.....

¿Qué es ser activo?

.....
.....

¿Y Sedentario?

.....
.....

¿Cuánto tiempo debes realizar actividad física al día?

.....
.....

¿Y a la semana?

.....
.....



Beneficios

→

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____



→

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____



→

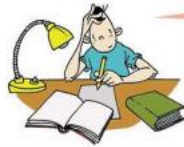
- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____



Más beneficios de hacer actividad física



Me _____ bien



_____ mejor

Hago nuevos _____

_____ más



Comparto más tiempo con _____



Estoy de buen HUMOR

¡Me DIVIERTO!



ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD

¿Cuántos días a la semana haces actividad física durante 1 hora o más?

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---------|---|-----------------|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Poca actividad | | | Regular | | Mucha actividad | | |
| 1 | | | 3 | | 5 | | |

ACTIPUNTOS

¿Cuántos días a la semana haces actividades sedentarias de ocio durante 2 horas o más?

| | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---------|---|--------------------|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Poco sedentarismo | | | Regular | | Mucho sedentarismo | | |
| 5 | | | 3 | | 1 | | |

ACTIPUNTOS

Activómetro

El **Activómetro** mide tu nivel de actividad... ¡Míralo!

¡Suma tus ACTIPUNTOS!

¿En qué ESCALÓN estás?

| | | | | |
|---|---|---|---|----|
| 2 | 4 | 6 | 8 | 10 |
|---|---|---|---|----|

¿Qué dice el semáforo de la SALUD?

Gozo de **SALUD** cuando me siento bien en cuerpo y mente.

¿QUÉ DEBERÍAS HACER?

Si estás en **ROJO** Si estás en **NARANJA** Si estás en **VERDE**

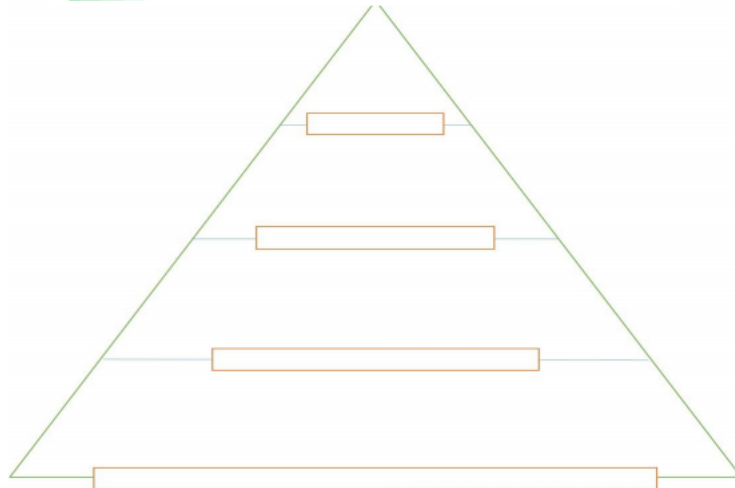
ROJO.....

NARANJA.....

VERDE.....



La pirámide de la actividad física



Decálogo para recordar



Debo...

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....



No debo...

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



AUTOESTIMA Y AUTOSUPERACIÓN

¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?


.....

.....


.....

Escribe en cada una de las casillas los adjetivos o frases cortas que consideras que mejor te describen:


¿Cómo soy?....

1.- Con mis amigos... 

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |

2.- En casa... 

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |

3.-En la escuela... 

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |

TU PROYECTO PERSONAL

¿QUÉ ES UNA META? ¿CUÁL SERÍA TU META?

.....

.....

¿TE GUSTARÍA CAMBIAR ALGO DE TI?
COSAS QUE TE GUSTARÍA CAMBIAR O MEJORAR DE TI

| | |
|---|---|
| 1 | 3 |
| 2 | 4 |



Ficha de evaluación

| | Verdadero | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. La valoración positiva o negativa que hacemos de nuestra imagen recibe el nombre de autoestima | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Con dos o tres adjetivos o frases cortas es suficiente para definir adecuadamente a una persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La imagen que tenemos de nosotros mismos afecta a nuestro comportamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La autoestima no puede ser mejorada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. En la mayoría de los casos podemos cambiar de la noche a la mañana aquellas características personales con las que estamos descontentos si verdaderamente nos lo proponemos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LAS EMOCIONES

1. ¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?

.....

2. COMPLETA LA TABLA CON LAS EMOCIONES QUE CONOZCAS Y AÑADE LO QUE SE PRODUCE EN TU CUERPO Y LOS PENSAMIENTOS QUE TE GENERA.

| EMOCIÓN | ¿QUÉ PASA EN TU CUERPO? (SENSACIONES) | ¿QUÉ PASA POR TU CABEZA? (PENSAMIENTO) |
|---------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |

ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD

304



IDENTIFICANDO LA ANSIEDAD

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

.....

.....

.....

DESCRIBE TODOS LOS COMPONENTES DE LA ANSIEDAD

| | | |
|-----------|----------------------------|-------------|
| SITUACIÓN | ¿CÓMO REACCIONA TU CUERPO? | ¿QUÉ HACES? |
| | ¿QUÉ PIENSAS? | |



IDENTIFICANDO LA IRA

¿QUÉ ES LA IRA?

.....
.....

DESCRIBE TODOS LOS COMPONENTES DE LA IRA

| | | |
|-----------|----------------------------|-------------|
| SITUACIÓN | ¿CÓMO REACCIONA TU CUERPO? | ¿QUÉ HACES? |
| | | |
| | ¿QUÉ PIENSAS | |
| | | |



Ficha de evaluación

| | Verdadero | Falso |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Las emociones son reacciones naturales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En las emociones sólo intervienen las reacciones fisiológicas producidas en el organismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Las emociones son problemáticas cuando nos empujan a realizar conductas indeseables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La ansiedad y la ira se diferencian claramente por el tipo de reacciones fisiológicas que provocan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COMUNICACIÓN

¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

.....
.....

TIPOS DE COMUNICACIÓN

.....
.....
.....
.....



¿QUÉ ES UN MALENTENDIDO?

.....

.....

.....

¿CÓMO SE PUEDE EVITAR O SOLUCIONAR UN MALENTENDIDO?

.....

.....

.....

.....

¿QUÉ ES SER TÍMIDO?

.....

.....

.....

¿CÓMO SE PUEDE SUPERAR LA TIMIDEZ?

.....

.....

.....



Ficha de evaluación

| | Verdadero | Falso |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Un malentendido se produce cuando el que recibe el mensaje interpreta algo distinto de lo que pretendía decir quien lo envía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. La comunicación humana es fundamentalmente verbal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cita alguna forma en la que se pueden evitar los malentendidos | | |
| 4. Las personas se pueden mostrar tímidas por la inseguridad que tienen ante las situaciones sociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Una buena forma de superar la timidez es practicando las habilidades para establecer conversaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. En una conversación, tan importante como saber que decir es saber escuchar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



ADICCIONES

¿QUÉ HACE EL ALCOHOL?

| | |
|---|-------------|
| ¿QUÉ HACE EL ALCOHOL SI TOMAMOS PEQUEÑAS CANTIDADES DE ALCOHOL? | - - - |
| ¿Y SI TOMAMOS CANTIDADES MÁS GRANDES? | - - - |
| ¿Y SI TOMAMOS ALCOHOL EN CANTIDADES EXCESIVAS Y EN POCO TIEMPO? | - - - |

RAZONES PARA BEBER Y PARA NO BEBER

Anota algunas razones que la gente dice para beber o no beber alcohol

| RAZONES PARA BEBER ALCOHOL | RAZONES PARA NO BEBER ALCOHOL |
|----------------------------|-------------------------------|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |



MITOS Y REALIDADES SOBRE EL ALCOHOL

MITO: Las personas que sólo beben vino o cerveza no pueden llegar a ser alcohólicas

MITO: Beber alcohol hace que la gente sea más sociable

MITO: Beber alcohol sirve para relajarse

MITO: Beber alcohol sólo los fines de semana significa que se controla el consumo

Ficha de evaluación

| | Verdadero | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. El alcohol debe ser considerado una droga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. El alcohol es una buena forma de levantar el ánimo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La mayoría de la gente bebe alcohol de forma habitual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. El riesgo del consumo de alcohol depende exclusivamente del tipo de bebida que se consuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Beber los fines de semana no es problemático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Las mujeres son más susceptibles a los efectos del alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



RAZONES PARA FUMAR Y PARA NO FUMAR

Anota algunas razones que la gente dice para fumar o no fumar.

| RAZONES PARA FUMAR | RAZONES PARA NO FUMAR |
|--------------------|-----------------------|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

MITOS Y REALIDADES SOBRE EL CONSUMO DE TABACO

¿Sabrías explicar si las siguientes frases son Verdaderas o si son Falsas? Y ¿Por qué?

MITO: El tabaco es una droga poco peligrosa

MITO: Los efectos dañinos del tabaco no aparecen hasta pasado mucho tiempo

MITO: Dejar de fumar no resulta difícil

MITO: El tabaco sólo afecta a quienes lo fuman



Posicionamiento público sobre el consumo de tabaco



Visto que el consumo de tabaco:

Considero:

En consecuencia he tomado la firme decisión de:

Lo cual hago público para quien pueda interesarle

Lugar

Fecha

Firmado:



Ficha de evaluación

| | Verdadero | Falso |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. La mayoría de la gente fuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. El tabaco es cada vez menos aceptado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Existen buenas razones para fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. El primer consumo suele producirse a raíz de la oferta de otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. El tabaco crea dependencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es fácil dejar de fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. El tabaco relaja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. El tabaco hace que el corazón vaya más lento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. El tabaco sólo afecta a quienes fuman | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿QUÉ ENTENDEMOS POR DROGA?

ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



¿El alcohol es una droga?.....

¿Por qué?.....

.....

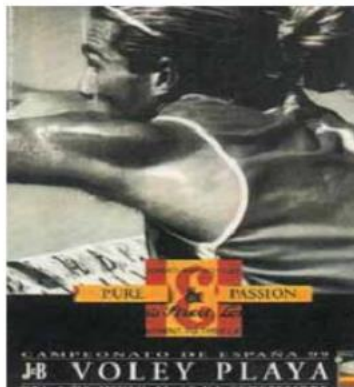
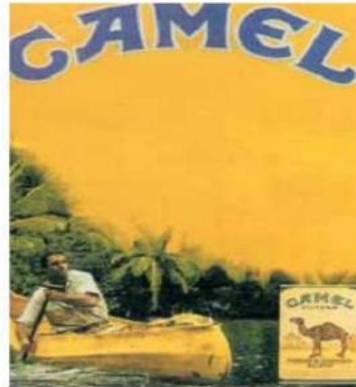
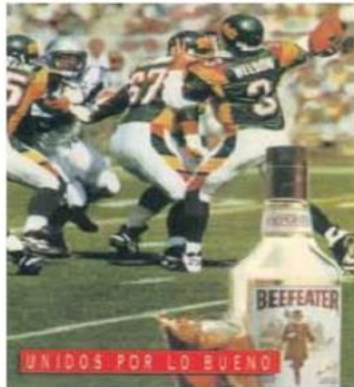
¿El tabaco es una droga?.....

¿Por qué?.....

.....

Análisis publicitario

En esta página se reproducen una serie de anuncios publicitarios, obsérvalos detenidamente y, con ayuda de un/a compañero/a, responde a las preguntas que te hacemos a continuación.



ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



1. ¿Qué tienen en común los anuncios reproducidos?

2. ¿Qué clase de productos se anuncian?

3. ¿Qué cosas en común tienen los protagonistas de los anuncios?

4. ¿Con qué actividades se relacionan los productos anunciados?

5. ¿Qué relación se pretende establecer entre el producto anunciado y las actividades realizadas?

6. ¿Consideras correcto asociar el tabaco y el alcohol a la salud?

7. ¿Por qué crees que se realiza esa asociación?



Ficha de evaluación

1. ¿Cuáles son los dos aspectos esenciales para definir el concepto de droga?

2. Describe en pocas palabras el significado de dependencia

3. De todo lo visto ¿El alcohol debe ser considerado una droga?

Si No

4. ¿Por qué?

5. De todo lo visto ¿El tabaco debe ser considerado una droga?

Si No

6. ¿Por qué?

7. ¿Consideras adecuada o inadecuada el tipo de relación que se establece en los anuncios sobre el tabaco y el alcohol y el estado físico?

8. ¿Por qué?



PRIMEROS AUXILIOS

1 En toda emergencia lo primero que debes de hacer es:

- A. Socorrer a la víctima
- B. Evaluar la seguridad de la escena (Proteger)
- C. Pedir ayuda a alguien
- D. Activar el Servicio de Emergencias (Avisar)

2. ¿Qué significan las siglas de la conducta PAS?

- a. Proteger, auxiliar y salvar
- b. Proteger, avisar y socorrer
- c. Pedir, ayuda y seguir
- d. Pensar, actuar y servir



3. Ante una hemorragia o sangrado que es lo primero que debemos de hacer:



a. Torniquete



c. Masaje



b. Presión directa



d. d. Llamar a la ambulancia

4. ¿Cuál es la secuencia de la Reanimación cardiopulmonar?

- a. 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones
- b. 15 compresiones torácicas y 2 ventilaciones
- c. 50 compresiones torácicas y 2 ventilaciones
- d. 100 compresiones torácicas y 2 ventilaciones



compresiones



ventilaciones

ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



5. Si una persona tiene hemorragia nasal debe colocar su cabeza:

- a. Hacia delante
- b. Hacia detrás
- c. pinzar la nariz con los dedos hasta que deje de sangrar.
- d. no hacer nada



6. El número de teléfono único en Europa para llamar a Emergencias es el:

- a.112
- b.091
- c.061
- d.092

7. En una persona inconsciente que respira, lo más indicado además de llamar al número de emergencias es:

a. Realizar maniobras de resucitación-----



b. Posición lateral de seguridad-----



c. Darle de beber y de comer para que se recupere pronto----



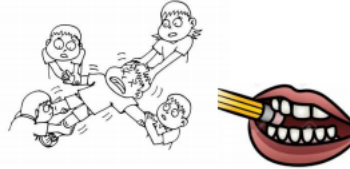
d. Dejarla que se recupere sin tocarla-----





8. Si una persona convulsiona debemos:

a. Evitar las convulsiones sujetándole y evitar que se muerda la lengua colocando algo dentro de la boca



b. Evitar que se lesione con algún objeto, sin intentar parar las convulsiones, poner algo debajo de la cabeza para protegerlo y avisar al 112



c. Colocar algo debajo de la cabeza mientras sujetamos el resto del cuerpo para frenar las convulsiones.



d. Colocar algo blando debajo de la cabeza, quitar objetos peligrosos de alrededor y con esta maniobra NO hace falta llamar al 112.



NO

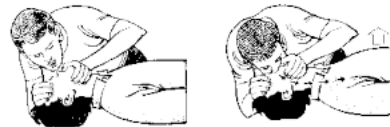


9. Lo más importante en una reanimación cardiopulmonar es:

a. Dar masaje cardíaco



b. Hacer boca a boca o dar ventilaciones



c. La posición lateral de seguridad



10. Para realizar una reanimación cardiopulmonar la víctima debe de estar:

- a. Boca arriba
- b. De lado
- c. Boca abajo
- d. Indiferente

ANEXO II: TEST DE CONOCIMIENTOS EN SALUD



11. Si no me acuerdo de la secuencia de Reanimación cardiopulmonar:

- a. No hago nada hasta que venga ayuda
- b. Doy masaje cardiaco sin ventilaciones hasta que venga ayuda
- c. Doy solo las ventilaciones
- d. Me invento la secuencia

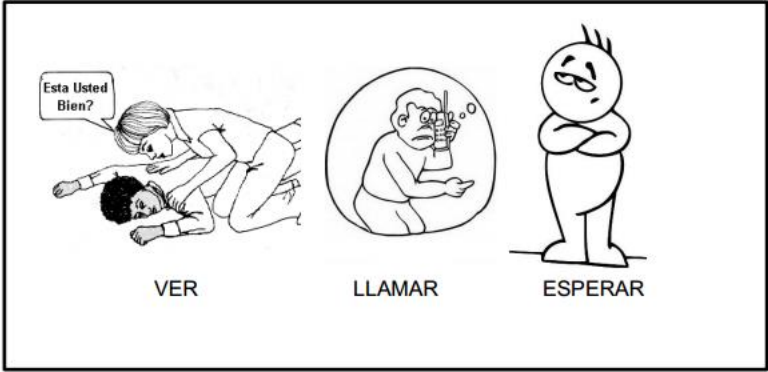
12. ¿Cómo compruebo si una persona está consciente?

A)

- Ver
- Oír
- sentir



B)



VER LLAMAR ESPERAR



Murcia, 19 de septiembre de 2016

PRESENTACIÓN

Mi nombre es Daniel Guillén Martínez, enfermero y profesor de Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

Además soy vocal en Murcia de la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE³).

Desde hace cinco años estoy investigando el perfil de la enfermera escolar y la necesidad de implantarlo en nuestro entorno, el de la Región de Murcia.

En otros estudios he valorado la necesidad de incluir este profesional para atender a niños con enfermedades crónicas y servir de apoyo tanto a las familias como a los profesores. También he valorado la alta tasa de Fracaso escolar relacionado con la falta de control sobre la salud y las ventajas que se tendrían incluyendo a la enfermera en la escuela.

Este estudio que forma parte de mi tesis doctoral titulada: *"Enfermería en la Comunidad Escolar: una Aproximación Evaluativa de Educación para la Salud en la Infancia"*; pretende reflejar que un profesional de la enfermería resultaría ideal para cubrir perfectamente con la necesidad de adquirir conocimientos en salud para prevenir enfermedades y para promocionar un estilo de vida saludable en el medio escolar, ya que su formación en temas salud, promoción, prevención, curación, la relación comunitaria (tanto con los padres como con el profesorado), y la capacidad de intervención a varios niveles asistenciales, son los idóneos para servir de guía en todo este proceso de aprendizaje, que debe abarcar desde educación infantil hasta los últimos cursos de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Por ello, pido su consentimiento para evaluar los conocimientos en salud de los alumnos de éste colegio **antes y después** de varias intervenciones en salud realizadas por un profesional de la enfermería.

Los contenidos de dichas intervenciones serán: **alimentación saludable, actividad física, salud emocional, adicciones y primeros auxilios.**

Atentamente:




Fdo. Daniel Guillén Martínez

ANEXO III: CARTAS AVAL PERMISO COLEGIOS

322

Murcia, 19 de Septiembre de 2016

A/A ENRIQUE UJALDÓN BENÍTEZ
DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN EDUCATIVA Y RECURSOS
HUMANOS.

D^a BEGOÑA TORNEL OLIVARES, Directora del C. E. I. P. La Arboleda de Murcia.

EXPONE:

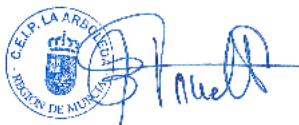
Que **D. DANIEL GUILLÉN MARTÍNEZ**, con D.N.I. 48488935J, (I.L.:605883370) está cursando el doctorado en el Programa de Ciencias de la Salud de esta Universidad. Actualmente se encuentra en la fase de investigación, en la cual se va a llevar a cabo un estudio experimental controlado, implementando un programa de educación para la salud en centros de Educación Primaria, que lleva por título "Enfermería en la comunidad escolar: una aproximación evaluativa de educación para la salud en la infancia". Por ello, desearía solicitar el acceso al CEIP Luis Costa, para desarrollar este proyecto (que ya ha sido enviado y registrado en la Consejería de Educación de la Región de Murcia).

SOLICITA:

Sea tenida en cuenta dicha solicitud en tanto que el desarrollo de dicho estudio conducirá a la elaboración de una tesis doctoral, la cual se está llevando a cabo bajo supervisión y dirección desde esta Universidad, y en ningún momento se utilizarán los datos para otros fines que difieran de la realización de dicha Tesis, preservando siempre la confidencialidad de los datos y cumpliendo con las normas éticas profesionales y requisitos legales.

Quedando así justificada la intención del doctorando, solamente me resta mostrarle mi agradecimiento de antemano.

Atentamente,



Fdo.: Prof. Dña. Begoña Tornel Olivares
Directora del Colegio La Arboleda



Murcia, 19 de septiembre de 2016

PRESENTACIÓN

Mi nombre es Daniel Guillén Martínez, enfermero y profesor de Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

Además soy vocal en Murcia de la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE³).

Desde hace cinco años estoy investigando el perfil de la enfermera escolar y la necesidad de implantarlo en nuestro entorno, el de la Región de Murcia.

En otros estudios he valorado la necesidad de incluir este profesional para atender a niños con enfermedades crónicas y servir de apoyo tanto a las familias como a los profesores. También he valorado la alta tasa de fracaso escolar relacionado con la falta de control sobre la salud y las ventajas que se tendrían incluyendo a la enfermera en la escuela.

Este estudio que forma parte de mi tesis doctoral titulada: *"Enfermería en la Comunidad Escolar: una Aproximación Evaluativa de Educación para la Salud en la Infancia"*; pretende reflejar que un profesional de la enfermería resultaría ideal para cubrir perfectamente con la necesidad de adquirir conocimientos en salud para prevenir enfermedades y para promocionar un estilo de vida saludable en el medio escolar, ya que su formación en temas salud, promoción, prevención, curación, la relación comunitaria (tanto con los padres como con el profesorado), y la capacidad de intervención a varios niveles asistenciales, son los idóneos para servir de guía en todo este proceso de aprendizaje, que debe abarcar desde educación infantil hasta los últimos cursos de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Por ello, pido su consentimiento para evaluar los conocimientos en salud de los alumnos de este colegio y así tomarlos como referencia para el estudio que estoy desarrollando, ya que este colegio está adscrito al **Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia** y así poder realizar un estudio comparativo para comprobar la eficacia de dicha intervención.



Fdo. Daniel Guillén Martínez

ANEXO III: CARTAS AVAL PERMISO COLEGIOS

Murcia, 19 de Septiembre de 2016

A/A ENRIQUE UJALDÓN BENÍTEZ
DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN EDUCATIVA Y RECURSOS
HUMANOS.

D. PATRICIO AMORÓS RODA, Director del C. E. I. P. Luis costa de Murcia.

EXPONE:

Que **D. DANIEL GUILLÉN MARTÍNEZ**, con D.N.I. 48488935J, (tlf.:605883370) está cursando el doctorado en el Programa de Ciencias de la Salud de esta Universidad. Actualmente se encuentra en la fase de investigación, en la cual se va a llevar a cabo un estudio experimental controlado, implementando un programa de educación para la salud en centros de Educación Primaria, que lleva por título "Enfermería en la comunidad escolar: una aproximación evaluativa de educación para la salud en la infancia". Por ello, desearía solicitar el acceso al CEIP Luis Costa, para desarrollar este proyecto (que ya ha sido enviado y registrado en la Consejería de Educación de la Región de Murcia).

SOLICITA:

Sea tenida en cuenta dicha solicitud en tanto que el desarrollo de dicho estudio conducirá a la elaboración de una tesis doctoral, la cual se está llevando a cabo bajo supervisión y dirección desde esta Universidad, y en ningún momento se utilizarán los datos para otros fines que difieran de la realización de dicha Tesis, preservando siempre la confidencialidad de los datos y cumpliendo con las normas éticas profesionales y requisitos legales.

Quedando así justificada la intención del doctorando, solamente me resta mostrarle mi agradecimiento de antemano.

Atentamente,



Fdo.: Prof. D. Patricio Amorós Roda
Director del Colegio Luis Costa



Murcia, 19 de septiembre de 2016

PRESENTACIÓN

Mi nombre es Daniel Guillén Martínez, enfermero y profesor de Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

Además soy vocal en Murcia de la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE³).

Desde hace cinco años estoy investigando el perfil de la enfermera escolar y la necesidad de implantarlo en nuestro entorno, el de la Región de Murcia.

En otros estudios he valorado la necesidad de incluir este profesional para atender a niños con enfermedades crónicas y servir de apoyo tanto a las familias como a los profesores. También he valorado la alta tasa de Fracaso escolar relacionado con la falta de control sobre la salud y las ventajas que se tendrían incluyendo a la enfermera en la escuela.

Este estudio que forma parte de mi tesis doctoral titulada: *“Enfermería en la Comunidad Escolar: una Aproximación Evaluativa de Educación para la Salud en la Infancia”*; pretende reflejar que un profesional de la enfermería resultaría ideal para cubrir perfectamente con la necesidad de adquirir conocimientos en salud para prevenir enfermedades y para promocionar un estilo de vida saludable en el medio escolar, ya que su formación en temas salud, promoción, prevención, curación, la relación comunitaria (tanto con los padres como con el profesorado), y la capacidad de intervención a varios niveles asistenciales, son los idóneos para servir de guía en todo este proceso de aprendizaje, que debe abarcar desde educación infantil hasta los últimos cursos de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Por ello, pido su consentimiento para evaluar los conocimientos en salud de los alumnos de éste colegio **antes y después** de varias intervenciones en salud realizadas por un profesional de la enfermería.

Los contenidos de dichas intervenciones serán: **alimentación saludable, actividad física, salud emocional, adicciones y primeros auxilios.**

Atentamente:




Fdo. Daniel Guillén Martínez

ANEXO III: CARTAS AVAL PERMISO COLEGIOS

Murcia, 26 de Septiembre de 2016

A/A ENRIQUE UJALDÓN BENÍTEZ
DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN EDUCATIVA Y RECURSOS
HUMANOS.

D. DANIEL GARCIA DEL POZO CANDEL, director del COLEGIO SAN JOSÉ DE ESPINARDO

EXPONE:

Que **D. DANIEL GUILLÉN MARTÍNEZ**, con D.N.I. 48488935J, (tlf.:605883370) está cursando el doctorado en el Programa de Ciencias de la Salud de esta Universidad. Actualmente se encuentra en la fase de investigación, en la cual se va a llevar a cabo un estudio experimental controlado, implementando un programa de educación para la salud en centros de Educación Primaria, que lleva por título "Enfermería en la comunidad escolar: una aproximación evaluativa de educación para la salud en la infancia". Por ello, desearía solicitar el acceso al centro educativo para desarrollar este proyecto (que ya ha sido enviado y registrado en la Consejería de Educación de la Región de Murcia).

SOLICITA:

Sea tenida en cuenta dicha solicitud en tanto que el desarrollo de dicho estudio conducirá a la elaboración de una tesis doctoral, la cual se está llevando a cabo bajo supervisión y dirección desde esta Universidad, y en ningún momento se utilizarán los datos para otros fines que difieran de la realización de dicha Tesis, preservando siempre la confidencialidad de los datos y cumpliendo con las normas éticas profesionales y requisitos legales.

Quedando así justificada la intención del doctorando, como codirectora de dicha Tesis, solamente me resta mostrarle mi agradecimiento de antemano.

Atentamente,

Fdo.: Prof. D. Daniel García del Pozo Candel
Director del Colegio San José de Espinardo



ANEXO IV: REGISTRO DE PROYECTO EN LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

327



REGISTRO GENERAL DE LA C.A.R.M.
OCAG EDUCACION Y UNIVERSIDADES Y, DE CULTURA Y
PORTAVOCÍA

Recibo de presentación de documentos

Nº . registro: 201600469608

Fecha de registro: 02-09-2016 12:11

1. Datos del/de la interesado/a

GUILLEN MARTINEZ, DANIEL

2. Datos del órgano destinatario

A14005423-DIRECCION GENERAL PLANIFICACION EDUCATIVA Y RECURSOS HUMANOS

3. Diligencia

De conformidad con lo establecido en el art. 70.3 de la ley 30/92, del 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común se extiende el presente recibo a efectos de acreditación de presentación de documentos

4. Extracto del contenido del documento

P-3034-Otros

S PERMISO DE ACCESO A CENTROS ESCOLARES DE EDUCACION PRIMARIA DEL MUNICIPIO DE MURCIA AL EFECTO DE TRABAJO DE INVESTIGACION PARA TESIS DOCTORAL

El/la funcionario/a:

En MURCIA a 02 septiembre 2016

Firma y sello



Fdo.:

**ANEXO IV: REGISTRO DE PROYECTO EN LA CONSEJERÍA DE
EDUCACIÓN**

328



**A/A D. ENRIQUE UJALDÓN BENÍTEZ
DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN EDUCATIVA Y RECURSOS
HUMANOS**

Dra. ISABEL MORALES MORENO, Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio,

EXPONE:

Que **D. DANIEL GUILLÉN MARTÍNEZ**, con D.N.I. 48488935J, (tlf.:605883370) está cursando el doctorado en el Programa de Ciencias de la Salud de esta Universidad. Actualmente se encuentra en la fase de investigación, en la cual se va a llevar a cabo un estudio experimental controlado, implementando un programa de educación para la salud en centros de Educación Primaria, que lleva por título "Enfermería en la comunidad escolar: una aproximación evaluativa de educación para la salud en la infancia". Por ello, desearía solicitar el acceso a 2 centros de intervención y 2 centros de control para desarrollar este proyecto (que ya ha sido enviado y registrado en la Consejería de Educación de la Región de Murcia).


SOLICITA:

Sea tenida en cuenta dicha solicitud en tanto que el desarrollo de dicho estudio conducirá a la elaboración de una tesis doctoral, la cual se está llevando a cabo bajo supervisión y dirección desde esta Universidad, y en ningún momento se utilizarán los datos para otros fines que difieran de la realización de dicha Tesis, preservando siempre la confidencialidad de los datos y cumpliendo con las normas éticas profesionales y requisitos legales.

Quedando así justificada la intención del doctorando, como codirectora de dicha Tesis, solamente me resta mostrarle mi agradecimiento de antemano. Ante cualquier problema o duda, me puede localizar en el teléfono de la Facultad de Enfermería-UCAM: 968-278808/ 278155

Atentamente,

Murcia, 16 de Septiembre de 2016


Fdo.: Prof. Dra Isabel Morales Moreno
Prof. Facultad de Enfermería UCAM

ANEXO IV: REGISTRO DE PROYECTO EN LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

329



MINISTERIO
DE JUSTICIA

REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES

Puede verificar este documento en <https://sede.mjusticia.gob.es> Código Seguro de Verificación SD:vlG9-QiOC-uXtl-o0zm
Juego de caracteres del Código Seguro de Verificación: ARCDFFCHTIXIMNQPQRSTUVWXYZ0123456789-S:

CERTIFICA:

Que, en el día de la fecha, consultada la Base de Datos del Registro Central de Delincentes Sexuales,
NO CONSTA información penal relativa a:

D./D^a DANIEL GUILLEN MARTINEZ con NTF n° 48488935J

Conforme a lo dispuesto en la Decisión Marco 2009/315/JAI del Consejo de 26 de febrero, relativa a la organización y al contenido del intercambio de información de los registros de antecedentes penales entre los Estados miembros, **tratándose de ciudadanos españoles**, el presente certificado incluye, en su caso, las condenas impuestas por otros Estados miembros de la Unión Europea, en los mismos términos en que tales condenas hayan sido notificadas, sin que exista necesariamente una equiparación entre los tipos delictivos del Estado de condena y los tipos delictivos nacionales.

El presente certificado refleja la situación del titular interesado/a en la fecha de su expedición.

Madrid a 15 de septiembre de 2016

Signature Not Verified
Documento firmado electrónicamente

Página 1 de 1
Ref: 00001320709/2016

