

Universidad de Valladolid

ESCUELA UNIVERSITARIA DE EDUCACIÓN DE  
PALENCIA

# “PREVENCIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LA FORMACIÓN INICIAL DE LOS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN EN LA E.U.E. DE PALENCIA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN”

Trabajo Fin de Grado

EDUCACIÓN SOCIAL

Autor: **Sergio Llanos Martín**

Tutorización Académica: **Raquel Becerril González**

*La salud no lo es todo, pero sin ella,  
todo lo demás es nada.*  
Arthur Schopenhauer.

22/06/2012



# INDICE

1.	Estructura del documento .....	1
2.	Introducción .....	3
3.	Justificación .....	5
4.	Objetivos .....	11
5.	Fundamentación teórica .....	12
5.1	¿Sigue siendo necesaria la prevención? .....	12
5.2	Edad de inicio de las actuaciones .....	14
5.3	Formación de los educadores .....	15
5.4	¿Por qué drogas? .....	19
5.5	¿Por qué hábitos saludables?.....	22
5.6	Educación Afectivo-Sexual.....	24
5.7	Con y para universitarios. ....	26
6.	Propuesta de intervencion .....	29
7.	Contenidos .....	30
7.1	La Prevención. Tipos y marco teórico. Adaptación del contenido de los programas a las personas destinatarias. La importancia de la familia .....	31
7.2	Las Habilidades sociales y el desarrollo de la autoestima como factores determinantes en los programas de prevención .....	34
7.3	Educación afectivo-sexual. Género e Igualdad. Prevención de E.T.S y embarazos no deseados .....	37
7.4	Drogas: las diferentes sustancias, efectos, motivos de consumo y los diferentes tipos de prevención e intervención.....	39
7.5	Hábitos Saludables. Higiene, actividad física y Alimentación, Los Trastornos Alimenticios. Importancia de un ocio alternativo sano.....	41
8.	Evaluación.....	44
9.	Conclusiones .....	46
10.	Bibliografía y referencias.....	48

# 1. ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

El presente trabajo fin de grado (TFG) se inicia mediante una **introducción** que nos pone en situación respecto al contexto social (análisis de la realidad) en la que nos encontramos y la relaciona con la temática y la propuesta del TFG.

Después **justificamos** la necesidad del proyecto, nos preguntamos si las actuaciones que se están desarrollando en el ámbito de la prevención de la salud son eficientes, al mismo tiempo que proponemos desarrollar una intervención socioeducativa que apueste por trabajar junto a mediadores en vez de proponer una intervención directa.

Por último, en esta parte de análisis, se encuentra el **marco teórico**, en el cual se han recogido algunas referencias y citas de autores y estudios que corroboran la necesidad de esta intervención en el ámbito que se propone. Además este estudio nos ha servido para atisbar algunos de los temas y contenidos a desarrollar en el marco de esta intervención educativa.

Los medios que se han utilizado para la justificación y el marco teórico han sido los siguientes:

- Consulta de datos y estudios oficiales.
- Análisis de datos y estudios oficiales.
- Entrevistas a profesorado.
- Observación en el desarrollo profesional
- Análisis de otra documentación (revistas, prensa, paginas web...)

La segunda parte del proyecto comienza con los **objetivos** que nos proponemos a la hora de desarrollar la presente intervención. Ésta consta de una **propuesta metodológica** (indicando cómo se va a trabajar para la consecución de los objetivos), una **temporalización** (dividiendo la carga horaria de cada uno de los **contenidos**, dependiendo de la importancia de cada uno de ellos).

En cuanto a los contenidos, señalar que no serán desarrollados debido a la extensión propuesta para el presente TFG. Además, partimos de la idea de que para concretar los contenidos debemos adaptar éstos a la realidad del contexto en el que se van a desarrollar y, por ello se necesita conocer al alumnado que va a recibir la formación. Sin embargo, se hace una introducción a los mismos y se enumeran los puntos más importantes a tratar en cada uno de ellos.

Una vez explicada la propuesta de intervención se explica el método de **evaluación**, tanto para el alumnado (para analizar la consecución de los objetivos propuestos) como sobre la propia actividad (para conocer de dónde partimos, qué y cómo estamos trabajando y qué se puede mejorar).

Para finalizar, antes de las **referencias bibliográficas empleadas**, se expondrán las **conclusiones** del autor, tanto del proyecto en sí, como de la elaboración del Trabajo de Fin de Grado.

Hacer alusión al uso del lenguaje no sexista en la redacción de este documento, para el cual se han intentado usar palabras neutras en cuanto a género, pero en determinadas ocasiones, se ha procedido al uso del masculino, como el género gramatical no marcado, según permite la RAE, para facilitar su lectura, no resultar repetitivo en el uso de términos y siendo conscientes en todo momento de la importancia del lenguaje para trabajar en pro de la igualdad.

## 2. INTRODUCCIÓN

Durante estos últimos años, nuestra sociedad está atravesando por unos cambios muy significativos, los cuales están afectando a todas las esferas de nuestra vida: economía, educación, nuevas realidades familiares y sociales, relaciones inter-personales, relaciones de las personas con el medio, entre otras. Todo esto conlleva un replanteamiento continuo en las necesidades que, todos los trabajadores relacionados con la educación y lo social, tanto desde las enseñanzas regladas, como desde lo “no formal”, debemos plantearnos.

En este preciso momento esa “evolución” siempre errática, aunque paulatina, que se estaba produciendo de las distintas situaciones de los diferentes colectivos, está viviendo un cambio brusco, por ello los agentes sociales, los que trabajamos “a pie de calle” con la gente, debemos saber adaptarnos y trabajar aún más eficientemente de lo que se hacía hasta ahora.

Como muestra de todo esto, me gustaría hacer alusión a la situación que se ha planteado estos últimos meses en el municipio de Rasquera. Este pequeño pueblo catalán ha sometido a referéndum la posibilidad de ceder terrenos públicos para la plantación de marihuana. Esta situación vuelve a poner sobre la mesa el debate de la legalización de determinadas drogas. No es esta reflexión momento para posicionarse ni argumentar en uno ni en otro sentido, pero sí para plantearse si la ciudadanía y más particularmente la juventud, está lo suficientemente preparada e informada para afrontar esa nueva situación. El tabaco es malo, pero te lo vendo, el alcohol es malo, pero también te lo vendo, el cannabis es aún peor, pero si da 40 puestos de trabajo y 1.000.000€... tampoco será tan malo.

Estamos llegando a un punto donde la cordura y la moralidad está empezando a disiparse por la necesidad, donde cosas que antes las administraciones de uno y de otro color político ni se planteaban, ahora se empiezan a mirar con buenos ojos por la posibilidad de que sean fuente de ingresos de sus maltrechos bolsillos.

Como de momento nuestro trabajo es educar, y legislar es la labor de otros, centrémonos en buscar la mejor manera de que la gente de a pie esté lo más informada, formada y concienciada que sea posible, para que pueda afrontar todos estos retos que se nos están planteando, y para ello ofrezcamos a esos “agentes de salud” que son los educadores, los recursos formativos necesarios para que en su día a día puedan desarrollar lo mejor posible su labor educativa y que si una persona se encuentra ante una situación que pueda ser perjudicial para su salud, sepa identificarla, tenga la información suficiente y la actitud adecuada, como para analizar posibles efectos y actuar en consecuencia.

Junto con el recurso formativo que supondría la actividad que se propone en este proyecto, subyace un programa de prevención en si mismo, siendo la población diana los propios alumnos que realizan el curso de formación. Como se analizará posteriormente, la población universitaria dada sus características es bastante proclive a ciertas actitudes que suponen un riesgo para la salud, no olvidemos que en su mayoría son jóvenes en esa etapa de adolescencia-juventud en la que la experimentación y las decisiones poco meditadas son bastante frecuentes y que si a todo esto le unimos la desinformación, puede llevarles a determinados problemas o situaciones poco deseables.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Vemos cómo poco a poco van desapareciendo entidades o se van reduciendo servicios que cubrían las necesidades sociales de muchos colectivos, necesidades que la administración no se encarga de satisfacer y son imprescindibles, ¿qué pasará con los colectivos minoritarios?, ¿los poco visibles?, ¿los que no den votos?, ¿qué pasará con esa gran cantidad de actividades educativas, culturales, de tiempo libre, etc., que nadie va a cubrir porque no va haber recursos para ello?

El recorte de casi el 30% del plan nacional sobre droga, de más del 50% del plan nacional sobre SIDA y de casi también el 45% en políticas de salud pública, nos deja un panorama bastante desolador en lo que a intervención para la prevención en salud se refiere.

Recorte generalizado del 28% en el Plan Nacional Sobre Drogas, del 39% en personas mayores, del 19% en discapacidad, 21% en violencia de género, 42% en atención a la infancia y a las familias y sobre todo el 43% de recorte en prestaciones básicas de servicios sociales", ha advertido el presidente de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, José Manuel Ramírez. (Carmen Morán, El País, 03/04/2012)

Desde esta premisa de "austeridad" y buscando otro modelo más eficiente para los programas de prevención que se desarrollan en la actualidad, debemos hacer hincapié en la etapa formativa inicial de los educadores, en la importancia que tienen los temas de prevención en salud tanto para el individuo como para toda la sociedad, sabiendo que en estos temas, los más indefensos son los niños y jóvenes pero sin olvidarnos de muchos otros colectivos susceptibles de intervención.

Por ello, se plantea una propuesta de intervención para los alumnos de la escuela universitaria de educación de Palencia extrapolable a otras facultades universitarias de educación y a otros contextos educativos en los que las personas que reciban la formación se estén preparando para la intervención directa con diferentes colectivos.

La E.U.E. de Palencia actualmente no dispone de ningún programa de formación específica sobre estos temas, siendo un tema fundamental de un adecuado desarrollo personal y social, como argumenta al hablar de este tema, un Profesor de EUE de Palencia, que a su vez es Director de un centro de E.S.O.

En los temas de prevención considero que no salimos con la formación adecuada. Es más, considero que ni siquiera somos capaces de hacer ver la importancia del tema en el desarrollo curricular. En Educación Física se trabajan aspectos muy concretos de hábitos saludables, educación para la salud, etc. pero todo ello desde una concepción de asignatura o materia. (Curises, 2012)

Los recortes que antes comentaba están propiciando que los recursos externos a los centros educativos cada vez puedan abarcar menos programas de prevención especializados, por ello tenemos que proporcionar a los futuros educadores las herramientas y conocimientos necesarios para que en su día a día puedan hacer frente y resolver situaciones relacionada con la salud que se le pueda plantear, además de ser capaces de diseñar y llevar a cabo un programa de prevención para la salud.

Por ejemplo, desde los centros educativos se ofrecen programas certificados y aprobados por las diferentes administraciones, programas que supuestamente deben impartir los tutores con una determinada estructura, unos determinados contenidos y siguiendo unas pautas de actuación muy concretas. Aunque muchos de esos tutores al no ser algo obligatorio, sino que depende de la decisión del centro o incluso del propio tutor, se niegan a impartirlos, o los llevan a cabo, pero no con la eficiencia que se debería.

Muchas veces esta situación se da, no por una falta de interés del propio educador, sino porque ellos mismos no se sienten lo suficientemente preparados para impartir determinados contenidos.

La formación en este campo es imprescindible, formación ligada a un concepto de formación permanente. Hay programas educativos como “El gusano Atilano”, “Construyendo salud”, “Discover” que tratan de acercar la educación para la salud a la escuela, pero la forma de abordar estos contenidos y los programas en sí, fundamentalmente en tutorías, hace que la persona que les imparta sea especialmente quien haga de esto un éxito o un fracaso del programa. Para impartir estos programas no es necesaria una formación inicial, es voluntaria. (Curises, 2012).

La propia legislación Educativa de nuestra comunidad autónoma hace alusión al trabajo de prevención en salud en la educación formal. Según el *Artículo 4 del DECRETO 40/2007, de 3 de mayo, por el que se establece el Currículo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León*, en el que se hace referencia a los Objetivos de la educación primaria, en su apartado K dice: *“Valorar la higiene y la salud, conocer y respetar el cuerpo humano, y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social.”*



Siguiendo la línea marcada en la *LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE)*, en lo referido a este tema.

Incluso la OMS a la hora de referirse a la **Infraestructura para la promoción de la salud**, incluye a los profesionales del ámbito educativo y de los servicios sociales como parte fundamental de los recursos humanos que deberían trabajar en ello.

Pese a que muchos países cuentan con una estructura específica de promoción de la salud, los mayores recursos humanos se encuentran entre todo el personal sanitario, los trabajadores de otros sectores ajenos a la salud (por ejemplo, educación, bienestar social), y en las acciones de personas profanas dentro de cada comunidad. Las infraestructuras de promoción de la salud se pueden establecer no solo con recursos y estructuras tangibles, sino también a través de la concienciación pública y política sobre los temas de salud y la participación en las acciones para abordar esta problemática. (OMS, 1998, p.25)

Como vemos, también desde las instituciones internacionales se vela por nuestra salud y muestran a los trabajadores de lo social, como agentes de salud imprescindibles para la comunidad, ya que éstos no sólo abarcan un colectivo tan definido como el que puede incidir en la educación formal, sino que pueden llegar a cualquier tipo de población. El análisis que puede realizar la educación social desde su trabajo de campo, puede ser un factor fundamental para llegar a las personas que más necesiten de este tipo de intervención.

No olvidemos que la misma *Constitución Española*, hace referencia a la salud y a la promoción de la misma en su *Artículo 43*, en el que dice:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Justificar este proyecto relacionándolo con las **competencias del título de Educación Social**, no es tarea difícil, ya que la idea de éste nació del desarrollo profesional del autor, durante el trabajo llevado a cabo en el “Centro Juvenil de Orientación para la Salud de Palencia”, este centro, dependiente de la ONG “Liga Española de la Educación” se encarga de la elaboración y puesta en práctica de proyectos de prevención para la salud para jóvenes de 14 a 30 años, además de realizar actividades para la formación de mediadores y familias.

A la hora de ir presentando este recurso a los diferentes centros educativos de la capital/provincia, el personal docente argumentaba la importancia de la labor realizada por las entidades externas en lo que se refiere a los programas de prevención en los centros, manifestando su temor a que desapareciesen con los actuales recortes en materia de educación y servicios sociales. Señalaban no estar preparados para impartir determinados contenidos específicos, al no disponer de la formación ni de los recursos pedagógicos idóneos para llevar a cabo este tipo de acciones. Esta misma situación se le plantea al alumnado de Educación Social, al haber carecido de los recursos adecuados para llevar a cabo intervenciones relacionadas con la prevención, tras recibir la formación reglada inicial.

La necesidad era evidente e implicaba desarrollar una intervención desde el ámbito de la educación social, puesto que es fruto de una necesidad/demanda de la comunidad que supone llevar a cabo una acción socioeducativa.

En este sentido, relacionar el presente proyecto con la Educación Social, implica partir de su propia definición:

Derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social, posibilitando:

- La incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social.
- La promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social. (ASEDES, 2007)

Partiendo de esta definición consensuada por los profesionales de la educación social a través del Consejo General de Colegios de Educadores y Educadoras Sociales (CGCEES), el proyecto se entiende como propio de la Educación Social, pues conlleva tanto una dimensión pedagógica como un derecho de la ciudadanía, estamos creando un contexto educativo con el

alumnado del taller para que luego ellos puedan ser mediadores y formadores en sus propias realidades laborales en las cuales deben integrarse.

La relación de la prevención con las actuaciones de la vida cotidiana y los procesos de cambio social, son innegables y evidentes.

En atención a las competencias profesionales requeridas, debe ser un educador social con experiencia en el tema el que coordine este proyecto puesto que, está capacitado para dirigir, coordinar y supervisar planes, programas y proyectos socioeducativos. Asimismo, dado que el proyecto está orientado a trabajar con diferentes perfiles profesionales, para que ellos a su vez desarrollen su labor profesional con distintos colectivos pertenecientes a instituciones de todo tipo, es necesario estar capacitado para adaptar los contenidos a cada uno de los contextos posibles. Por otro lado, aparte de conocer los referentes teóricos necesarios, la persona responsable debe ser capaz de adecuarlos a la práctica con los propios alumnos, ha de poder transmitirles las competencias, conocimientos, habilidades, estrategias, recursos y actitudes necesarias para resolver los problemas, sea cual sea su ámbito educativo y en los distintos contextos sociales en los que deba desarrollar su labor, utilizando los medios didácticos oportunos en su intervención socioeducativa.

La realización de este proyecto ha conllevado un análisis de la situación, propio también de las competencias del profesional de la Educación Social, para valorar la necesidad real de la actividad. Luego, la viabilidad del proyecto también fue estudiada, contactando con el departamento de asuntos sociales de la U.V.A., desde donde apoyaron la realización del mismo y aconsejaron que la duración fuese de 25 horas, para que pudiera contar con la convalidación de un crédito universitario.

Con la puesta en práctica de este proyecto, no se pretende únicamente ofrecer información al alumnado que realice esta formación, sino las herramientas para desarrollar la capacidad de transmitir actitudes, de ser agentes de cambio de la realidad que les rodea por medio de técnicas y actividades oportunas.

Asimismo, no sólo es una acción formativa la que se quiere llevar a cabo, sino también una actividad que sirva a los propios educandos para su propio desarrollo personal.

Ante lo expuesto, se puede observar que con este proyecto se ponen en práctica diferentes competencias específicas de las establecidas en el Grado de Educación Social, del mismo modo que se observa su relación con los objetivos que se pretenden en el mismo:

- La explicación y comprensión de los fundamentos teórico-prácticos de los procesos socioeducativos en distintos espacios y tiempos sociales, con criterios de eficacia y calidad.
- Fundamentar y promover en los estudiantes el conocimiento de los agentes, recursos y procesos que definen y/o contextualizan la profesionalización, inserción y desempeño laboral del trabajo socioeducativo en distintos contextos sociales, asociando sus respectivos desarrollos a una concepción integral de la educación y de la formación de los individuos y de la sociedad, a lo largo de todo el ciclo vital y en los ámbitos que definen la acción-intervención social.
- Desarrollar en los estudiantes la capacidad crítica y la responsabilidad ética en el análisis de las realidades sociales, de los saberes y competencias que toman como referencia la como un agente que inscribe sus actuaciones en la vida cotidiana y en los procesos de cambio social.

## 4. OBJETIVOS

Se marcan los objetivos desde las diferentes competencias de la educación social, intentando dar al alumnado una perspectiva lo más objetiva posible sobre la situación actual en cuanto a prevención, la dimensión de la misma y todos los agentes sociales implicados en ella. Proporcionándoles la información, los recursos y actitudes necesarias para que puedan intervenir de una manera profesional y que a su vez puedan influir positivamente en su vida personal.

Los objetivos planteados son los siguientes:

- ❖ Formar a los futuros educadores para un correcto desempeño en su labor de agente de prevención para la salud.
- ❖ Analizar las situaciones sociales, culturales y ambientales de nuestro tiempo y su influencia en la labor educativa.
- ❖ Propiciar información adecuada sobre la salud y su prevención para el ejercicio de la profesión y para su propio desarrollo personal, sirviendo como modelo de conducta de sus educandos.
- ❖ Fomentar el contacto y la colaboración con los demás profesionales del ámbito educativo, familias y recursos sociales para una coherencia en las actuaciones de prevención.
- ❖ Promover el análisis y la adaptación de los contenidos a las múltiples características de los perceptores de su acción educativa, según su desarrollo evolutivo, contextos familiares, sociales y culturales.
- ❖ Desarrollar en los propios participantes una actitud reflexiva sobre su modo de actuar en lo que a cuidado de su salud se refiere, usando esta actividad formativa también como un instrumento de prevención.

## 5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 5.1 ¿SIGUE SIENDO NECESARIA LA PREVENCIÓN?

Para empezar, debemos conocer las actitudes de la ciudadanía en cuanto a cuidado de su salud se refiere y cuáles son los temas y colectivos a los que debería priorizarse las intervenciones. Aunque se priorizará el trabajo con jóvenes, no debemos olvidarnos que los adultos también están expuestos a las conductas de riesgo para la salud y también pueden ser objeto de campañas y actividades preventivas. En 2009 la Confederación Española de Organizaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios (CEACCU), por medio de la consultora Creed España, realiza un estudio sobre los hábitos saludables de los españoles del cual se desprende que “Un tercio de la población es fumador habitual, mientras que un 11% toma alcohol a diario y un 2% lo hace varias veces al día”. Las cifras del tabaco son las más sorprendentes aunque desde la publicación de ese estudio hasta hoy la nueva ley del tabaco ha hecho que las cifras hayan bajado, no es un descenso significativo, pero lo que si nos debería llamar la atención es que aun siendo conscientes de los riesgos que tiene el fumar, el 33% de los españoles siguen fumando.

En cuanto a drogas ilegales tampoco podemos olvidarnos del dudoso honor que ha tenido nuestro país durante los últimos años, de encabezar el ranking mundial de países consumidores de cocaína y cannabis, según los datos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)).

Tampoco tenemos en nuestro país hábitos saludables en lo que a actividad física se refiere, ya que “7 de cada 10 encuestados no realiza ningún tipo de ejercicio a diario y sólo el 27% asegura practicar algún tipo de actividad física.” Las bondades del ejercicio físico tanto para el buen funcionamiento del organismo, como para el estado psicológico, las recogen autores como Márquez (1995) y Morgan (1985), que confirman el hecho de que la mayoría de las personas que practican algún ejercicio o deporte se sienten mejor (bienestar psicológico) en relación con quienes no lo hacen.

No debemos descuidar la prevención con adultos, pero tenemos que prestar especial atención a la evolución en los últimos años relacionada con las actitudes de los jóvenes, en lo que a situaciones de riesgo y conductas poco saludables se refiere. Los diferentes estudios nos dejan unos datos que aun siendo más que sabidos por todos los agentes sociales, no llegan a tener toda la trascendencia que deberían, son muy poco alentadores en cuanto a la perspectiva

de futuro, no sólo de la juventud, sino también de la población adulta y cuestiona el modo de abordar los programas de prevención hasta la fecha.

En la *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, publicación avalada por el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, se muestra un resumen de los principales resultados a nivel nacional del estudio sobre “Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud”, en el que se recogen datos de más de 21.000 adolescentes españoles escolarizados. Las conclusiones a las que se llegaron fueron las siguientes:

Se encuentra de forma repetida, y en relación con contenidos de muy diversa índole, una menor frecuencia de conductas saludables (actividad física y alimentación adecuada, por ejemplo) acompañada de una mayor frecuencia de conductas de riesgo (sedentarismo, mala alimentación, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, etc.) a medida que aumenta la edad de los adolescentes encuestados. (Moreno, 2004, p.78)

Así mismo, este estudio nos deja claro como disminuyen las conductas positivas y aumentan las negativas, como la edad es un factor determinante a la hora de que esas conductas vayan cada vez a peor. Es por ello una cuestión a tener en cuenta y el siguiente párrafo nos da uno de los posibles motivos del porqué de esta evolución negativa.

En relación también con la edad, el ajuste personal y escolar (autoconcepto, autoestima, facilidad para comunicarse con los padres, apoyo percibido por parte del profesorado, satisfacción escolar, rendimiento, satisfacción vital) experimentan una clara disminución. No se trata de un resultado inesperado, ya que es frecuente que se produzca este descenso como consecuencia, entre otros factores, de la mayor capacidad de análisis, de autocritica y reflexión de los adolescentes, así como de la ansiedad con la que se viven muchos de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se experimentan. (Moreno, 2004, p.78)

Como vemos en estas conclusiones, se hace referencia al autoconcepto y las habilidades sociales, cómo los niños al hacerse mayores sienten más la presión de factores externos y cómo éstas pueden servirles de herramienta para saber afrontarlos de una manera adecuada.

Aunque este estudio tenga ya un tiempo, la evolución desde entonces no ha sido tan acentuada como en años anteriores.

La comparación entre los adolescentes de 2002 y los de 1990 muestra una evolución no positiva en varios frentes. Así, por ejemplo, los adolescentes de 2002 se saltan más comidas que entonces, son más sedentarios, son más los que fuman a diario y consumen más hachís y coca. No obstante, hay otros asuntos en los que la evolución es más

positiva; así, por ejemplo, la higiene bucodental ha mejorado sensiblemente. (Moreno, 2004, p.78)

## 5.2 EDAD DE INICIO DE LAS ACTUACIONES

Otra cuestión que nos hemos planteado en el análisis previo, es si la aplicación de los programas es la adecuada en cuanto al momento de su puesta en práctica. Como hemos dicho, la realidad social de la infancia ha cambiado, la variación del sistema educativo desde la implantación de la LOGSE, desde la cual, los alumnos de 13-14 años pasaron de ser los mayores del colegio, a ser los pequeños del instituto, hizo que determinadas conductas poco saludables pero relacionadas con el sentimiento de “hacerse el mayor” se produzcan también a una edad menor. Por ello también nos hemos de plantear la edad en la que hay que empezar la intervención y con qué contenidos ¿Se empiezan las actuaciones preventivas a la edad ideal o no? Nuestra sociedad sigue con su evolución, y los programas preventivos deben de adaptarse a ella. Los niños cada vez “quieren hacerse” más pronto adultos imitando conductas como fumar, beber o tener relaciones sexuales... en ocasiones ha sido la forma más fácil de parecerlo y cuanto antes, mejor.

En un estudio publicado en La revista española de pedagogía en el N° 225, mayo-agosto 2003, responde a las preguntas que nos hemos planteado con anterioridad, confirma la necesidad y utilidad de este tipo de programas e incluso plantea en sus conclusiones empezar las actuaciones preventivas a una edad más temprana para una mayor eficacia de los mismos.

El artículo en sí se centra en la valoración de la eficacia de un programa de "Educación para la Salud". El programa se diseñó por el equipo de trabajo a tal fin y se aplicó al alumnado de Secundaria, con edades comprendidas entre 13 y 14 años, teniendo en cuenta la importancia que en la actualidad tiene la formación en estos temas para los adolescentes.

Esta investigación se inscribe dentro de los diseños cuasiexperimentales pretest-postest con grupo de control. El programa se aplicó en varios centros, públicos y privados, previa aplicación de un pretest de conocimientos y de actitudes sobre contenidos de "Educación para la Salud", concretamente los temas relativos a: Alcohol, Tabaco, Drogas, SIDA y Sexo. Tras la aplicación durante unos cuatro meses del programa, se procedió a tomar las medidas postest. Los análisis de los resultados muestran la eficacia del programa y la mejora en conocimientos y en actitudes, en prácticamente todos los temas tratados. Y concluyen: “La tendencia positiva es manifiesta, aunque convendría aplicar el programa durante más tiempo e iniciar su aplicación, como medida de prevención, en edades más tempranas”.



También desde el estudio “Los adolescentes españoles y su salud” ponen en relevancia la idoneidad del comienzo de las actividades preventivas en la infancia para una mejor interiorización de conductas saludables.

La necesidad de considerar la infancia y, especialmente la preadolescencia, como etapas de intervención para la promoción de conductas relacionadas con la salud y la prevención de conductas de riesgo. Es importante fomentar el compromiso con la salud, con su mantenimiento y su promoción, antes de que se inicien los cambios físicos y psicológicos propios de la adolescencia. Conviene no olvidar que los patrones de conducta establecidos durante la infancia se mantienen frecuentemente a lo largo de la adolescencia y la adultez. (Moreno, 2004, p.79)

### 5.3 FORMACIÓN DE LOS EDUCADORES

Desde el ámbito formal es imprescindible la formación del educador, ya que es una persona que pasa gran cantidad de tiempo con el alumnado y se convierte en una figura de referencia, una fuente fidedigna de información y un modelo de conducta el cual pueden tender a imitar.

En el contexto escolar, el profesorado (al igual que los padres y las madres, hermanos y hermanas mayores, amigos y amigas) constituyen modelos de conducta para los niños y niñas, y son por tanto agentes críticos en la transmisión de valores y normas con impacto en la salud. Se ha descrito por ejemplo, que el profesorado que fuma, difícilmente transmite actitudes promotoras de la salud en lo concerniente al tabaquismo y frecuentemente dichas actitudes se traducen en prevalencias altas en el alumnado. Por tanto, facilitar la abstinencia a este colectivo profesional constituye una necesidad fundamental. (Salvador, 2008, p.21).

En los centros educativos, maestros y profesores son los que no se ven capacitados para impartir programas de prevención, “aparecen acciones desorientadas y desorientadoras para muchos de los que quieren trabajar en este campo. Esto no extraña, si tenemos en cuenta la ausencia de una Educación Sanitaria en los planes de estudio de todos los profesionales implicados (médicos, psicólogos, maestros, etc.)” (Vega, 2005, p.406).

A la hora de preguntar a un director de un centro educativo sobre la formación inicial del profesorado en lo que a prevención en salud se refiere, para tratar el tema tanto transversalmente como en algún programa específico, su respuesta es la siguiente.

El profesorado carece de formación inicial para trabajar aspectos relacionados con la educación para la salud, y a esto habría que añadir el escaso interés que suscita entre los profesionales de la educación, lo cual tiene serias consecuencias a la hora del perfeccionamiento del mismo. La transversalidad ha supuesto una herramienta metodológica más bien pobre, creo que no se ha entendido la filosofía de lo transversal en la escuela. La educación para la salud se trabaja de forma muy aislada, muy ocasional, desligada de un planteamiento curricular global. (Curieses, 2012).

Estas palabras evidencian la necesidad de una formación específica al respecto y como también podemos ver en las tablas de datos siguientes (*ver tablas de 1 a 5*), no existe una constancia a la hora de impartir cursos a los educadores relacionados con la educación para la salud. Por ello, este proyecto plantea esa capacitación en la formación inicial, ya que es el momento idóneo para proporcionarles los conocimientos y habilidades necesarias para poder desarrollar en un futuro una adecuada prevención en salud, tanto transversalmente como en talleres o actividades específicas.

En el informe sobre actividades de promoción y educación para la salud en los centros educativos españoles que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicaba en 2008 se hacía la siguiente pregunta.

*¿Ha proporcionado el centro durante los últimos tres años algún tipo de formación para el profesorado (talleres, conferencias, cursos, formación permanente o cualquier otro tipo de formación durante el ejercicio de la profesión) en alguno de los siguientes ámbitos?*

### 1 Nutrición

	TOTAL		EMPLAZAMIENTO DEL CENTRO				TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO			
	N	%	URBANO		RURAL		PRIVADO		PÚBLICO	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Total	291	100 %	203	100 %	84	100 %	77	100 %	214	100 %
No	220	75,6%	151	74,4%	66	78,6%	49	63,6%	171	79,9%
Sí, para la dirección del centro	3	1,0%	3	1,5%	0	,0%	2	2,6%	1	,5%
Sí, para los profesores	49	16,8%	36	17,7%	12	14,3%	18	23,4%	31	14,5%
Sí, para el personal auxiliar	19	6,5%	13	6,4%	6	7,1%	8	10,4%	11	5,1%

Tabla 1

## 2 Actividad Física

	TOTAL		EMPLAZAMIENTO DEL CENTRO				TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO			
	N	%	URBANO		RURAL		PRIVADO		PÚBLICO	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Total	297	100,0%	205	100,0%	89	100,0%	80	100,0%	217	100,0%
No	221	74,4%	155	75,6%	64	71,9%	52	65,0%	169	77,9%
Sí, para la dirección del centro	2	,7%	1	,5%	1	1,1%	2	2,5%	0	,0%
Sí, para los profesores	73	24,6%	49	23,9%	23	25,8%	25	31,3%	48	22,1%
Sí, para el personal auxiliar	1	,3%	0	,0%	1	1,1%	1	1,3%	0	,0%

Tabla 2

## 3 Educación Sexual

	TOTAL		EMPLAZAMIENTO DEL CENTRO				TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO			
	N	%	URBANO		RURAL		PRIVADO		PÚBLICO	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Total	293	100,0%	200	100,0%	88	100,0%	81	100,0%	212	100,0%
No	235	80,2%	159	79,5%	71	80,7%	57	70,4%	178	84,0%
Sí, para la dirección del centro	6	2,0%	4	2,0%	2	2,3%	4	4,9%	2	,9%
Sí, para los profesores	51	17,4%	36	18,0%	15	17,0%	19	23,5%	32	15,1%
Sí, para el personal auxiliar	1	,3%	1	,5%	0	,0%	1	1,2%	0	,0%

Tabla 3

## 4 Prevención de Maltrato y violencia entre iguales

	TOTAL		EMPLAZAMIENTO DEL CENTRO				TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO			
	N	%	URBANO		RURAL		PRIVADO		PÚBLICO	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Total	284	100,0%	194	100,0%	86	100,0%	76	100,0%	208	100,0%
No	139	48,9%	96	49,5%	41	47,7%	30	39,5%	109	52,4%
Sí, para la dirección del centro	26	9,2%	15	7,7%	11	12,8%	6	7,9%	20	9,6%
Sí, para los profesores	117	41,2%	82	42,3%	33	38,4%	39	51,3%	78	37,5%
Sí, para el personal auxiliar	2	,7%	1	,5%	1	1,2%	1	1,3%	1	,5%

Tabla 4

### 5 Prevención en consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

	TOTAL		EMPLAZAMIENTO DEL CENTRO				TITULARIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO			
	N	%	URBANO		RURAL		PRIVADO		PÚBLICO	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Total	296	100,0%	205	100,0%	87	100,0%	80	100,0%	216	100,0%
No	159	53,7%	111	54,1%	46	52,9%	27	33,8%	132	61,1%
Sí, para la dirección del centro	7	2,4%	3	1,5%	4	4,6%	3	3,8%	4	1,9%
Sí, para los profesores	128	43,2%	90	43,9%	36	41,4%	49	61,3%	79	36,6%
Sí, para el personal auxiliar	2	,7%	1	,5%	1	1,1%	1	1,3%	1	,5%

Tabla 5

Haciendo una valoración general de los datos, vemos como en ninguno de los 5 temas ha habido más del 50% de centros en los que se hayan realizado acciones formativas en materia de prevención de la salud para el claustro en los últimos tres años, llegando a ser en un tema tan importante como la educación sexual de solo el 20%. Esto significa que puede darse la situación de que si un profesional no se ha buscado esa formación de manera particular, puede que se le esté pidiendo un trabajo con los alumnos en determinados temas, que él mismo desconozca, con la consiguiente falta de capacitación para abordarlos.

No olvidemos, como quedaba claramente reflejado en el IV Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León, que la escuela es un pilar fundamental en la política de prevención.

Hay que tener en cuenta que el ámbito escolar reúne una serie de **ventajas para la prevención**. Entre estas ventajas se pueden destacar las siguientes:

- Acoge a la totalidad de los niños y los adolescentes.
- Es un contexto de socialización por excelencia, cuya función es la formación y la educación, lo que permite abordar la prevención del consumo de drogas de un modo natural y con continuidad a lo largo de varios años.
- Dispone de una organización e infraestructura adecuada para la educación en todas sus facetas.
- Y, por último, cuenta con unos recursos humanos idóneos –el profesorado– especializado en la labor pedagógica y que además es susceptible de recibir formación específica en el campo de la prevención escolar.

**La escuela es un ámbito privilegiado de intervención**, que junto con la familia y los espacios de ocio y tiempo libre, forma parte del trípode en el que se asienta la prevención del consumo de drogas

## 5.4 ¿POR QUÉ DROGAS?

En lo relacionado con las drogas, en la siguiente tabla (ver tabla 6) vemos cómo es durante el comienzo de la educación secundaria cuando se empieza a tener el primer contacto con las sustancias, también es donde se concentran los programas de prevención. Muchos expertos apuntan que se debe comenzar toda esa prevención específica en la última etapa de primaria, según se fundamenta en las “Bases teóricas que sustentan los planes de prevención de drogas”.

La edad de mayor riesgo para el consumo es la edad adolescente, a partir de los primeros años de la misma. En España la edad media de inicio para el tabaco es de 13.3 años y del alcohol 13.7 años. Para las otras drogas a los 15 años (Plan Nacional sobre Drogas, 1997). Pero al ser una edad media, una parte ya han comenzado el consumo a edades más tempranas. Estos datos son de gran relevancia en vistas a la aplicación de programas preventivos y acciones de educación para la salud. Estos deben de aplicarse antes de que se produzcan dichos consumos. De ahí que hay que actuar antes, y cuanto antes se actúe mejor se consigue retrasar la edad de inicio al consumo o evitar dicho consumo. (Becoña, 1999, 298).

Otro dato preocupante, es la evolución que en los últimos años el “Comisionado nacional para la droga” ha constatado, ya que la edad de inicio en el consumo de sustancias cada vez es más temprana, con el consiguiente riesgo para la salud.

Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (años). España, 1994-2008.								
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3
Tabaco (consumo diario)	-	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7
Alcohol (consumo semanal)	-	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6
Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4	14,3
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,4	15,3
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4
Inhalables volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 6

También en el siguiente grafico (*ver grafico 1*) obtenido de la “Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España” vemos como la educación en las escuelas es la opción más valorada por los ciudadanos para poder resolver el problema de las drogas. Yo iría mas allá y dentro de la intervención en las escuelas, no sólo plantearía las actividades con los alumnos, si no que haría más partícipes a las familias y educadores y daría más importancia a las escuelas de familias, las tutorías, entrevistas individuales con el profesorado, etc. La asimilación por parte de los adultos que conviven con los jóvenes de unas correctas pautas educativas y “exigirles” la participación en la vida del centro escolar, es fundamental, ya que la escuela puede ser un importante transmisor de conocimientos, actitudes y valores, pero sin una coherencia entre todos los agentes socializadores del niño, lo único que les crea es confusión y dudas a la hora de afrontar diferentes situaciones de su día a día.



Grafico 1

Esa necesidad también queda recogida en la “Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016” del Plan Nacional sobre drogas, en la cual se propone a la comunidad educativa, como una de las poblaciones diana de los programas de prevención:

La comunidad educativa, en su acepción más amplia, constituye, junto a la familia, la instancia más importante para la socialización de las personas. Para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible, tanto la implicación de los tres elementos que constituyen la comunidad educativa (alumnado, familias y profesorado), como la adecuada coordinación entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local. Por tanto, será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven a cabo desde los ámbitos social, sanitario y educativo, así como buscar y facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y del personal docente, para la potenciación de la educación en valores y en la promoción y educación para la salud en general. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, p.62)

También a nivel regional, el Plan de Drogas remarca los agentes que deben de trabajar principalmente para una buena labor a nivel preventivo en lo relacionado con las drogas y qué grupos son prioritarios a la hora de realizar estas intervenciones

En el campo de la prevención, las actuaciones están dirigidas a retrasar la edad de inicio y a evitar o disminuir los consumos, principalmente de alcohol, tabaco y cannabis, que son las drogas cuyos consumos están más extendidos en la Comunidad Autónoma. La prevención se dirige preferentemente a los grupos más susceptibles: preadolescentes, adolescentes y jóvenes; y a los individuos más vulnerables por una mayor exposición a factores de riesgo (hijos de drogodependientes, menores en situación de desprotección, etc.). El modelo de prevención del consumo de drogas que se desarrolla en Castilla y León parte de una perspectiva objetiva de la juventud, destacando los valores y conductas positivas de muchos de sus miembros. Desde este modelo, se plantean actuaciones diferenciales en función del nivel de riesgo de la población destinataria (prevención universal, selectiva e indicada) y se intentan generar sinergias desde los principales ámbitos de socialización de los adolescentes (escuela, familia y ocio). (IV Plan Regional de Drogas de Castilla y León. 2009-2013).

## 5.5 ¿POR QUÉ HÁBITOS SALUDABLES?

Dentro de los hábitos saludables englobaremos la higiene, la alimentación y la actividad física, no se agrupan estos temas porque sean menos importantes que los otros, “Después del consumo de tabaco, la falta de actividad física y la inadecuada alimentación son los factores más determinantes del deterioro de la salud” (Veiga-Martinez. 2007, p.18), pero existe mucha relación entre ellos y se han de trabajar todos desde la infancia para un desarrollo adecuado del individuo.

La higiene en la actividad física de los niños y adolescentes tiene la tarea de proteger, fortalecer la salud y mejorar el desarrollo físico de la generación en crecimiento. Es necesario organizar la forma de vida de los estudiantes, la actividad escolar y el medio ambiente para crear las condiciones más favorables para su normal desarrollo y eliminar las posibles influencias perjudiciales (Muñoz, 2004).

Cierto es que cada vez la esperanza de vida es mayor, pero tenemos que lograr llegar a la vejez con el mejor estado de salud posible. Los hábitos saludables han de tratarse también en la población adulta ya que la salud que vayamos teniendo en cada etapa de nuestra vida estará muy condicionada por cómo hayamos cuidado nuestro cuerpo en los periodos anteriores.

La salud en la tercera edad es el resultado del estilo de vida que tuvo la persona en sus años previos: si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos, tendrá problemas en su vejez; de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en salud (Arechabala, 2007).

Actualmente los maestros de educación física, en uno de sus bloques de contenidos, el nº 4 específicamente, “Actividad física y salud” tienen como objetivo la “Adquisición de hábitos posturales y alimentarios saludables relacionados con la actividad física y consolidación de hábitos de higiene corporal”. Es decir, que ya deben salir de la formación inicial con los conocimientos suficientes para tratar estos temas. Por ello todos los niños en su etapa de educación obligatoria pasan por una parte formativa en la que se trabaja tanto la alimentación, como la actividad física y la higiene. No por ello debemos descuidar estos temas los educadores sociales, en donde habrá que prestar especial atención a colectivos desfavorecidos y marginales.

Algunos de estos aspectos ya se llevan trabajando desde hace mucho tiempo en la escuela y con unos resultados visibles y positivos en muchos casos, como en el caso de la higiene. Otros sin embargo, están tomando gran relevancia de unos años para acá por la gran



alarma social que han creado, hablamos de los trastornos alimenticios, que llevan ya desde hace años siendo un gran problema para muchas familias, aunque no es algo que lleve tan poco tiempo entre nosotros.

En los últimos años, como alerta la experta Nuria Molinero, “se ha producido un aumento de los casos de anorexia y bulimia, especialmente entre las niñas de 12 y 13 años y entre las mujeres de 30 y 40. Advierte además de la 'presión' por parte de los medios y de la publicidad” (Europa Press, 23/12/2009)

No nos olvidemos del auge de otros trastornos como son la vigorexia y la ortorexia, relacionadas con el cuidado extremo de la musculatura del cuerpo en el primer caso y de la preocupación obsesiva por la alimentación “sana”, en el segundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la ortorexia afecta en la actualidad al 28% de la población de los países occidentales.

Muchos de estos trastornos desarrollados en la juventud y la edad adulta se deben a no haber desarrollado durante la niñez las capacidades y habilidades para abordar los factores que llevan a estos problemas, no basta con impartir contenidos y dar información. “Es precisa una metodología activa que responda a contenidos de procedimientos y actitudinales” (Ruiz-Lázaro, 2001, p.52). A parte de conocer este tipo de trastornos, saber cuáles son sus características y síntomas, debe ser una obligación por parte de los educadores, ya que una detección precoz facilitaría mucho las cosas a la hora de afrontar el problema.

También el tema de la obesidad representa un problema importante. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (2006) existe una prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población adulta española es de 15,6% y 37,8%. En lo que respecta a la población infantil y adolescente española, el 18,7% presenta sobrepeso y el 8,9% obesidad.

Esta situación se da en gran medida por culpa del sedentarismo al que se está reduciendo el uso del tiempo libre en la sociedad actual: la televisión, el ordenador, los videojuegos, etc. Hay que proponer a la población un ocio activo y hacer ver las bondades que posee el usar su tiempo libre en otro tipo de actividades, tanto para su estado físico, como psicológico.

Son de sobra conocidos los problemas que el sobrepeso crea en los adultos, pero también es un factor determinante para que los niños cuando vayan creciendo puedan desarrollar problemas de otro tipo.

La unidad del Centro ABB de Sevilla, dedicada al tratamiento de los trastornos alimentarios, ha realizado un estudio de su población clínica cuyo resultado indica que

el 39 por ciento de los casos de trastornos de conducta alimentaria se han dado en pacientes que habían sufrido en su infancia un problema de obesidad o sobrepeso. (Europa Press 12/08/2009).

La baja autoestima, el exceso de peso o una personalidad perfeccionista, unidos al ideal de belleza que gira en torno a la delgadez y el aspecto físico, pueden llevar a un trastorno de la alimentación, otro motivo más que nos evidencia la importancia de reforzar la confianza de las personas en sí mismas.

## 5.6 EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Ya pasó la época en la que hablar de sexualidad era hablar sólo de sexo y métodos anticonceptivos. Por suerte, nuestra sociedad ha evolucionado y se ha librado de muchos miedos, vergüenzas y desigualdades del pasado, aunque no de todas. La visión de la sexualidad ha cambiado, tenemos que trabajar más a cerca de los sentimientos, la afectividad y la igualdad, aunque está claro que no podemos olvidarnos de lo físico.

En mayo de 2000 bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, OMS, junto con la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y la Asociación Mundial de Sexología, WAS, definen la sexualidad de la siguiente manera:

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (OMS, 2000)

Somos seres sexuados desde antes de nacer y no debemos tratarlo como un tema tabú o algo malo, porque como con muchos otros temas, lo prohibido es lo que más llama la atención, por eso hay que tratar estos temas con la mayor naturalidad posible. Esa “clandestinidad” que había hace años lo único que conllevaba era la desinformación y la creación de mitos y bulos acerca de la sexualidad o el acto sexual.

La sexualidad no es una cosa exclusiva de una determinada etapa de la vida, “Va inmerso en el individuo a lo largo de todo el proceso educativo de su vida, tanto escolar como personal” (López, 2003, p.33), ni algo que podamos evitar si nos lo proponemos por los motivos que sea “La sexualidad se concibe actualmente como importante para la salud y la calidad de vida de todos los miembros de la comunidad”.(López, 2003, p.33) y como tal, nosotros las personas encargadas de la educación tanto de niños, como de jóvenes, adultos o ancianos, debemos tener la preparación adecuada para poder trabajar estos temas con la visión más objetiva y constructiva posible. Aquí radica uno de los grandes problemas al hablar de este tema. “Hoy no es cuestionable la educación sexual, el problema básico es determinar cómo se aborda” (López, 2003, p.13). La política, la religión, la cultura, la sociedad en general, todos se creen con derecho a decirnos lo que está bien y lo que está mal en cuanto a lo relacionado con la sexualidad, e incluso algunos de ellos dan más importancia al seguimiento de determinadas normas morales, que al propio cuidado de la salud de los individuos.

Aún existen muchos “peros” a la hora de hablar de lo puramente físico, pero no olvidemos que las relaciones sexuales cada vez empiezan más pronto “Diferentes estudios muestran una tendencia al inicio de las relaciones sexuales con penetración a edades cada vez más tempranas” (Merino, 2008, p.29), uno de estos estudios realizado en 2010 titulado “Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España” pone de manifiesto lo siguiente, “Llama la atención la temprana edad de inicio que muestran los adolescentes en las relaciones sexuales; esta edad es de 15,10 años” (Bermúdez, 2010, p.98). En este mismo estudio se evidencia la nueva situación que se está dando en nuestro país en cuanto a prevención se refiere, la llegada de inmigrantes de otras culturas con otras costumbres, hace que tengamos que analizar constantemente las actitudes preventivas de la sociedad, para actuar lo mas eficazmente posible.

*En los resultados se observa que los adolescentes latinoamericanos utilizan menos el preservativo que los autóctonos, tienen un mayor número de parejas sexuales y presentan un mayor consumo de drogas en las relaciones sexuales, con lo que emiten un mayor número de conductas de riesgo para las ITS y el VIH. (Bermúdez, 2010 .pag.89).*

Tenemos que trabajar con todos los colectivos y a todas las edades, pero especialmente con los que tienen mayores conductas de riesgo, para que no se sigan dando datos como estos: “los inmigrantes suponen actualmente el 11,4% de la población española y en ellos se diagnosticó el 37% de las nuevas infecciones de VIH en 2008 (Bermúdez, 2010 .pag.89).

También entre los jóvenes de 17 y 18 años se ve un dato preocupante ya que “un 11,9% hace referencia al uso de la “marcha atrás”.

El tema afectivo y de la igualdad entre hombres y mujeres debe de trabajarse en profundidad. Debemos aceptar las diferencias religiosas, culturales o étnicas, pero no el hecho de que sea socialmente aceptado que el hombre esté por encima de la mujer. No podemos permitir que de ninguna forma se coarten las libertades ni los derechos de las personas, no podemos olvidar el gran trabajo que se lleva realizando estos últimos años por la igualdad, y hemos de tener claro que todavía nos falta mucho por hacer, “Aunque la sociedad española está avanzando hacia la igualdad y la nueva legislación ha puesto las bases para la introducción del género como determinante de la salud, la igualdad entre hombre y mujer está aún lejos de conseguirse”. (Merino, 2008, p.20).

La violencia de genero es un gran problema con el que nos encontramos hoy en día, no porque se empiece a dar ahora, sino porque ahora empieza a ser visible, “la violencia y los malos tratos han formado parte de la vida cotidiana de las mujeres a lo largo de la historia” (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004, p.39). La mujer ha sido considerada como el sexo débil, debía ser protegida y era propiedad del hombre, que se consideraba superior a ella y eso estaba aceptado por la sociedad, “esta violencia estaba normalizada y naturalizada, por lo que era invisible, no tenia reconocimiento y, por tanto, estaba silenciada y oculta” (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004, p.39).

Esto por desgracia sigue existiendo, aunque en menor medida, pero sabemos que desde el ámbito educativo debemos proveernos de los recursos necesarios para hacer que todas las personas nos consideremos iguales, sin que nadie se crea mas que nadie y así nos respetemos. “Sin duda, la educación es uno de los pilares básicos para evitar las desigualdades sociales derivadas del genero” (Buxarrais, 2008, p.95)

## 5.7 CON Y PARA UNIVERSITARIOS.

El otro objetivo que presenta la realización de este proyecto, que se tiene que considerar tan importante como la parte formativa, es la parte de intervención directa que se realiza con los alumnos universitarios. La etapa universitaria es, ha sido y será, una etapa de evolutiva más dentro del desarrollo de la juventud. En muchos casos se sale a estudiar fuera de casa, otro tipo de entorno y de relaciones con los compañeros, el ambiente universitario incita a la libertad en todos los sentidos y algunas veces esto deriva en comportamientos que conllevan riesgos para la salud.

La Fundación Atenea, recibió en 2010 el premio reina Sofía de investigación frente a las drogas por un estudio sobre “Hábitos de ocio y consumo en población universitaria menor de 30 años”. Los datos que se desprenden de esta investigación muestran claramente la necesidad del trabajo de prevención con los alumnos universitarios, algunas de las conclusiones que se obtienen de dicho informe son las siguientes:

- Tres de cada cuatro universitarios, un 74% de la población universitaria, ha consumido alcohol de forma abusiva en al menos una ocasión en el último mes.
- un 32,2% ha consumido en los últimos 30 días cannabis y un 21,5% ha consumido en alguna ocasión cocaína.
- Estos tres datos anteriores, superan en un 10% las cifras sobre estos tipos de consumo tanto de población general (entre 15 y 34 años) como de población de enseñanzas secundarias (entre 14 y 18 años).
- Del total de la población universitaria que ha consumido alguna sustancia, un 35% ha conducido bajo los efectos de la misma y un 51% ha viajado en un coche tripulado por una persona bajo los efectos de sustancias.
- Un 58% de la población universitaria que ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias lo ha hecho en alguna ocasión sin ningún tipo de protección.

(Nieves, 2010)

No solo debemos trabajar en lo relacionado con las drogas y la sexualidad, ya que la población universitaria también es susceptible de programas preventivos en cuanto a la aparición de trastornos alimenticios, pues representa una población de riesgo como afirman algunos autores “Dentro de la población general, ciertos grupos presentan tasas más altas de trastornos alimentarios, diagnosticables o casi diagnosticables (subumbral). Entre tales grupos se incluyen estudiantes universitarios, atletas...” (Phillips & Pratt, 2005)

Estas afirmaciones están abaladas por estudios realizados en nuestro país como por ejemplo el de “Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria”, publicado en 2004 realizado por el Dpto. Psicología Biológica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, en la que se llegaron a los siguientes resultados:

La tasa de prevalencia de población de riesgo de TCA en el ámbito universitario es elevada, encontrándose un predominio en el género femenino, al igual que en las conductas propias de TCA. Los datos sobre las conductas y actitudes no saludables que afectan a los universitarios nos alertan de la necesidad de considerar medidas preventivas para este tipo de población. (Sepúlveda, Gandarillas y Carrobes, 2004)

Con los datos aportados parece más que justificada la necesidad de actuación en este ámbito. No debemos olvidar que el ingreso en la universidad, por lo general se realiza a los 18 años, momento en el cual, los jóvenes aún son muy vulnerables a factores externos, y siguen siendo adolescentes con todo lo que ello conlleva, inseguridades, necesidad de sentirse integrado, gran sentido del ridículo, necesidad de verse valorados, formar parte del círculo consumista, de patrones de belleza y popularidad que se les imponen desde los medios de comunicación y la publicidad.

## 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El proyecto se estructura en 5 grandes bloques que se irán desarrollando en sesiones de 2 horas hasta el total de 20 horas teórico-prácticas. En las sesiones se irán intercalando contenidos teóricos sobre los diversos temas, con dinámicas y técnicas realizadas por los propios alumnos, para vivenciar en sí mismos los resultados y sensaciones de participar en las mismas, viendo de esta manera, los posibles inconvenientes que se les pueden plantear al ponerlas en práctica en su desempeño profesional. Esta metodología basada en la participación activa de los alumnos, tiene como punto de inicio el análisis de su propia realidad, su entorno y la situación actual de la sociedad.

Al ser el tema que nos ocupa tan cotidiano, se trabajará sobre supuestos reales, buscando que sean los propios alumnos los que creen las propias alternativas a las realidades que nos rodean. Las últimas 5 horas para completar el crédito universitario, deberán dedicarse a la realización de un pequeño proyecto de intervención, con tema y población destinataria elegida por los propios alumnos, pero fundamentado en una situación real en la que puedan intervenir desde los diferentes ámbitos profesionales en los que se encontrarán en el futuro.

Las sesiones estarán dirigidas por el educador, acompañado de un especialista en la materia, si fuese necesario.

Con las 25 horas se hará una buena aproximación a la prevención en salud desde distintos ámbitos. Se ha adaptado a esta duración por recomendación expresa del técnico del área de prevención de los servicios sociales de la U.V.A. viendo la posible implantación real de la actividad, aunque si queremos tratar en profundidad el tema, somos conscientes de que implicaría una mayor duración.

## 7. CONTENIDOS

Al ser este proyecto una propuesta, no se desarrollaran completamente los contenidos, sino que se hará una aproximación a los mismos, siempre teniendo en cuenta que en el momento que se vaya a llevar a cabo en la practica se desarrollarán convenientemente, teniendo en cuenta el marco final de su aplicación y el perfil de los perceptores del mismo.

Se desarrollarán cinco grandes bloques. Se destinará más carga horaria a la parte de habilidades sociales ya que éstas son fundamentales para la prevención de cualquier tipo y han de trabajarse adaptándolas al tipo de actividad preventiva que se quiera desarrollar.

**La Prevención. Tipos y marco teórico. Adaptación del contenido de los programas a las personas destinatarias. La importancia de la familia.**

Duración: Una sesión de 2 horas.

**Las Habilidades sociales y el desarrollo de la autoestima como factores determinantes en los programas de prevención.**

Duración: Tres sesiones de 2 horas.

**Educación afectivo-sexual. Género e Igualdad. Prevención de E.T.S y embarazos no deseados.**

Duración: Dos sesiones de 2 horas.

**Drogas: las diferentes sustancias, efectos, motivos de consumo y los diferentes tipos de prevención e intervención.**

Duración: Dos sesiones de 2 horas.

**Hábitos saludables. Higiene, actividad física y alimentación, Los trastornos alimenticios. Importancia de un ocio alternativo sano.**

Duración: Una sesión de dos horas



## 7.1 LA PREVENCIÓN. TIPOS Y MARCO TEÓRICO.

### ADAPTACIÓN DEL CONTENIDO DE LOS PROGRAMAS A LAS PERSONAS DESTINATARIAS. LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

Debemos poner al alumnado en situación con el tema de la prevención, tenemos que contextualizarlo, hemos de habituarles a los términos específicos, cómo se organizan y clasifican las actividades de prevención, cuáles son las organizaciones internacionales y nacionales que velan por nuestro bienestar en estos temas, etc.

En primer lugar es importante conocer el concepto de salud y las etapas dentro de la prevención reconocidas por la Organización Mundial de la Salud, ya que son los aceptados mayoritariamente. El concepto de prevención no sólo es usado para definir el proceso de trabajo con los sujetos para que eviten o reduzcan la situación de riesgo, sino que también plantea una serie de etapas en las cuales se podrá intervenir para evitar que ese proceso negativo para la salud se vaya agravando. Salud que la misma O.M.S. define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La Organización Mundial de la Salud, habla de 3 niveles de prevención aunque también hay referencias a una “prevención Cuaternaria” sobre la que el médico Juan Gervas ha realizado múltiples referencias en distintas publicaciones y que se referiría a la prevención de los sobretratamientos y de las actuaciones del sistema sanitario no necesarias o excesivas. Llevado al tema educativo también es un factor importante a tener en cuenta, ya que muchas veces el desconocimiento de las particularidades del grupo con el que vamos a trabajar y una mala selección de contenidos puede llevarnos a un fracaso de la intervención preventiva y no sólo no conseguiremos los objetivos planteados con la misma, sino que el efecto puede llegar a ser el contrario de lo deseado.

La **prevención primaria**, se refieren al conjunto de actividades que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca la enfermedad o situación de peligro. Comprende:

1. La promoción de la salud, que es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad, como por ejemplo las campañas
2. La protección específica de la salud como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria.

3. La quimioprofilaxis, que consiste en la administración de fármacos para prevenir enfermedades.

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.

La **Prevención secundaria** también se denomina diagnóstico precoz, cribado, o screening. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en fase inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y asociarla a un tratamiento eficaz o curativo.

La prevención secundaria se basa en los cribados poblacionales. Para aplicar estos han de darse unas condiciones predeterminadas definidas en 1975 por Frame y Carslon y así justificar el screening de una patología.

La **Prevención terciaria** es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. El restablecimiento de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

También se encuentra dentro de Prevención terciaria cuando un individuo, con base en las experiencias, por haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad, en otras palabras evita una nueva recaída gracias a las experiencias previamente adquiridas.

La **prevención cuaternaria** es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

Son «las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretreatmento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables». Concepto acuñado por el médico general belga Marc Jamouille y recogido en el Diccionario de medicina general y de familia de la WONCA.

Otro de los factores a tener en cuenta en esta parte del proyecto es la adecuación de las

actividades a los diferentes contextos educativos y poblaciones, los futuros educadores y educadoras, van a tener que saber adaptarse ellos y adaptar los contenidos a sus diferentes ámbitos de actuación además de conocer los diferentes factores que influirán en su trabajo.

Uno de estos factores, posiblemente el principal, será la familia de las personas objeto de nuestra acción educativa, por ello se ha visto imprescindible hacer una referencia especial al **entorno familiar** en el proyecto.

Es evidente la importancia del personal educativo como agente de prevención, aunque el principal agente socializador sigue siendo la familia, tenemos que tener clara la importancia que tiene ésta a la hora de realizar cualquier acción relacionada con la salud. Toda la información y actitudes que puedan transmitirse tienen que ser continuadas y reforzadas en casa, hay que ser coherentes en la información que transmitimos y trabajar todos en la misma dirección. Las pautas de actuación y los modelos que tenemos desde el mismo día del nacimiento son los que vemos en nuestro hogar y los que mas influencia van a tener a la larga en cada uno de nosotros. Como muy bien apunta Fernando Sabater: “Antes de ponerse en contacto con sus maestros, ya han experimentado ampliamente la influencia educativa de su entorno familiar y de su medio social, que seguirá siendo determinante – cuando no decisivo- durante la mayor parte del periodo de la enseñanza primaria” (Savater, 1997, p.35)

La familia debe ser uno de nuestros principales ámbitos de actuación como agentes de salud siempre que sea posible, hay que dejar claro que es un factor determinante para la consecución de los objetivos. Esto ha de ser un trabajo conjunto y consensuado dentro de lo posible, no se pueden “imponer” maneras de educar ni de pensar, cada vez la figura del educador es menos valorada y respetada, muchas de las decisiones tomadas son puestas en duda, incluso su credibilidad es puesta en entredicho ante una situación de conflicto, tenemos que saber hasta dónde llega nuestra labor.

#### **CONTENIDOS:**

- Salud. Definiciones y ámbitos de actuación
- Prevención, Definición y tipos.
- Los programas preventivos. La Administración, Centros educativos y ONGs.
- El profesional de la educación. Agente de salud.
- Entorno familiar, Agente de salud primario.

## 7.2 LAS HABILIDADES SOCIALES Y EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA COMO FACTORES DETERMINANTES EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Las personas, como seres sociales, hemos tenido siempre que establecer relaciones con nuestro entorno, en el que se encuentran, por supuesto, otras personas. Esta situación nos exige ser capaces de interactuar eficazmente en el contexto social en el que vivimos. No siempre es posible desenvolvernos adecuadamente, no porque no estemos capacitados para hacerlo, sino porque no hemos adquirido las habilidades para la vida necesarias, pero todos podemos aprenderlas. Tenemos que hacer que cada persona sea protagonista de su vida y de su propio cambio, potenciando todas las capacidades humanas lograremos un mayor bienestar para el individuo. Gran parte de los problemas de las personas en su vida diaria tienen que ver con esta falta de recursos personales, ya que si carecemos de algunas habilidades para la vida, entonces no podremos llevar una buena relación con aquellos que nos rodean (nuestra familia, nuestra pareja, nuestros amigos, etc.) y tener una vida saludable. Las habilidades sociales se refieren, a las aptitudes necesarias para comportarse de manera adecuada y enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria. Éstas favorecen comportamientos saludables en las esferas físicas, psicológicas y sociales.

En este contexto, las habilidades sociales se convierten en un tema de vital importancia en la promoción de la salud, pues busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en la que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y hacer frente a su entorno. Por lo tanto, las habilidades sociales es una parte primordial a la hora de trabajar la educación para la salud, siendo parte fundamental del desarrollo de este proyecto.

Es más que evidente la importancia del desarrollo de unas adecuadas habilidades sociales y una buena autoestima de los individuos para saber afrontar las interacciones sociales de la mejor manera posible, así como las presiones de todo tipo con las que nuestro entorno nos está bombardeando constantemente. No tener seguridad en nosotros mismos y ni los recursos adecuados para interactuar con los factores de riesgo de nuestro entorno, nos puede llevar a realizar actos que afecten a nuestra salud a corto, medio o largo plazo.

Debemos saber negociar adecuadamente, solventar los conflictos de la manera más adecuada, saber empatizar, tener una actitud asertiva con los demás, tomar decisiones de una

forma personal, sin dejarnos influenciar ni ser manipulados por el grupo, por modas o por los medios de comunicación.

El niño/a, desde edades tempranas comienza a interactuar con el medio en los diferentes ámbitos que lo componen (familia, escuela, amistades,...). El contexto en el que crece y es educado, afecta a sus competencias sociales, como fuente de aprendizaje de habilidades y como oportunidad para practicar lo aprendido, por ello el personal educativo debe estar preparado para trabajar convenientemente estos temas.

Una persona que tiene oportunidad de aprender y desarrollar sus habilidades sociales, no sólo tendrá una mejor integración social, sino que encontrará mayor satisfacción en las relaciones interpersonales y a la vez será capaz de generar relaciones sociales más enriquecedoras.

Todas esas habilidades, necesarias para alcanzar su proceso de socialización, son susceptibles de ser aprendidas y/o reforzadas en programas de entrenamiento en habilidades sociales.

La mejor forma de trabajar las habilidades sociales es mediante un entrenamiento en conductas saludables, personales y sociales, para su uso consciente y su generalización a todos los ámbitos en los que se desenvuelve el individuo.

En dicho entrenamiento se ha de hacer consciente al educando del comportamiento o conducta que se va a trabajar, puesto que se le proporciona información relativa a las características de una determinada actitud, a partir de la cual pueda identificar el concepto de la conducta esperada.

Hay que trabajar estas habilidades desde la niñez y la escuela es un espacio idóneo donde dar un modelo de conductas positivas, entendiendo por éstas, las respuestas asertivas y modificando las agresivas e inhibidas. Estas respuestas ante situaciones concretas se llegan a adquirir con la práctica de las técnicas adecuadas.

A la hora de plantear un trabajo en habilidades sociales no podemos abordarlas de manera global, sino que será mucho más eficaz dejar claro los diferentes tipos de habilidades a utilizar en cada situación para que los alumnos puedan hacer uso de ellas de forma más adecuada.

Los tipos de habilidades que consideramos importante trabajar son:

**Habilidades básicas de interacción social:** Son habilidades de cortesía y protocolo social. Van a ayudar a manejarnos y desenvolverse en su entorno diario.

**Habilidades para hacer amigos y amigas:** Son habilidades para el inicio, desarrollo y mantenimiento de interacciones positivas y mutuamente satisfactorias con los iguales. Las relaciones de amistad contribuyen a un adecuado desarrollo social y afectivo, como a su vez una mayor adaptación personal y social.

**Habilidades conversacionales:** Son habilidades que permiten iniciar, mantener y finalizar conversaciones con otras personas. Son el soporte fundamental de las interacciones con otras personas. Para que las interacciones con los otros sean efectivas, es necesario que nos comuniquemos adecuadamente con los otros y conversemos con los demás. Las personas más integradas, más adaptados socialmente y que más se relacionan, son aquellos que disponen de habilidades conversacionales.

**Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones:** Este conjunto de habilidades podrían recibir el nombre de Habilidades Asertivas. Entendemos por *Asertividad* la conducta interpersonal que implica la expresión directa de nuestros propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar la de los otros. Cuando los propios derechos se ven amenazados se puede actuar de tres maneras, (pasiva, agresiva y asertiva) que dejen ver sentimientos, emociones y conductas muy diferentes.

Se ha comprobado que las personas que tienen comportamientos asertivos, son más aceptados. Son personas que mantienen buenas relaciones, consiguen más objetivos y metas marcados, son más felices y son más queridos, tiene mayor capacidad para querer. Presentan menor ansiedad, insatisfacción social y autoafirmaciones negativas.

Sin embargo las habilidades asertivas son difíciles de adquirir, más que adquirir, llevar a cabo, ya que a la larga es una forma de ser. Debido a esto hay que practicarlas y tenerlas presentes en toda relación.

**Habilidades de solución de problemas interpersonales:** Se pretende lograr el entendimiento de las situaciones problemáticas, mayor sensibilidad hacia los problemas, necesidades y sentimientos de los otros, considerar los problemas desde el punto de vista del otro, generación de una mayor número de soluciones y alternativas eficaces, mejor planificación de los pasos para llegar a la meta, mayores expectativas de solución exitosa de la situación conflictiva.

No es fácil llegar a desarrollar adecuadamente todas esas habilidades, como hemos dicho es un trabajo constancia y entrenamiento. Para llegar desarrollarlas será básico que durante esta formación vivamos en primera persona todas las dinámicas planteadas ya que así además de potenciar nuestras propias habilidades seremos capaces de entender las diferentes situaciones que se nos planteen cuando hagamos uso de ellas. Los contenidos que trabajaremos son:

#### **CONTENIDOS:**

- **Habilidades Sociales:**
  - La comunicación: la importancia del lenguaje no verbal.
  - Estilos de comunicación: Comportamiento asertivo.
  - La escucha activa.
  - Empatía
  - Toma de decisiones.
  - Resolución de conflictos y Negociación.
  - Expresión de las emociones.
  
- **Autoestima y Autoconcepto**
  - Definición de conceptos.
  - Influencia de los medios de comunicación. El ideal de belleza.
  - Inteligencia emocional.

### **7.3 EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. GÉNERO E IGUALDAD. PREVENCIÓN DE E.T.S Y EMBARAZOS NO DESEADOS**

Tenemos que empezar a darnos cuenta de que la sexualidad va más allá de lo biológico, debemos saber cómo tenemos que tratar estos temas en las diferentes etapas del desarrollo y conocer procesos trascendentales como la construcción de la identidad de género o las relaciones afectivas en el ámbito de nuestra cultura. La educación afectiva y sexual representa un aspecto de gran importancia especialmente en la formación integral de niños y niñas.

La Educación Sexual es una demanda social, basada en el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser informados sobre este tema, por ello los profesionales de la educación

debemos estar formados para responder a esta demanda de una manera rigurosa, objetiva y completa a nivel biológico, psíquico y social, entendiendo la sexualidad como comunicación humana y fuente de salud, placer y afectividad.

Es imposible separar sexualidad y afectividad. Si pretendemos construir una sociedad en la que hombres y mujeres podamos convivir en igualdad y sin discriminaciones, es imprescindible proporcionar una educación afectiva y sexual de calidad, pues la ausencia de ésta no sólo influirá en posibles disfunciones sexuales sino que también impedirá transformar las bases sociales para favorecer la construcción de una sociedad en la que niños y niñas crezcan sintiéndose iguales, desde el respeto al otro sexo y a las diferentes opciones sexuales. Todo esto sin olvidar que si bien la sexualidad humana está íntimamente ligada a lo privado, también está “regulada” social y culturalmente.

El conocimiento sexual nos ayuda a crecer como personas y como tal es imprescindible un desarrollo sexual adecuado y normalizado. Aprender a ser felices es un reto permanente del ser humano, y la educación sexual contribuye, de una manera importante, a lograr esa felicidad, dando respuesta a las necesidades de aprendizaje vividas activamente por el alumnado.

Si por el contrario nos limitamos a hacer una educación sexual centrada en lo exclusivamente biológico estaremos negando la posibilidad de construir una personalidad sana, y de modificar aquellas ideas que, en muchos casos, están cargadas de prejuicios e impregnadas de estereotipos sexistas.

No olvidemos que en todo momento, de una u otra forma, estamos haciendo educación sexual, ya que cada manera de entender y transmitir conocimiento tiene en todo momento nuestra propia manera de tratar la perspectiva de género y esto, servirá a los educandos como referente de un modelo de sexualidad.

En el marco de la educación para la igualdad, se ha de tratar la grave situación que se vive actualmente en relación a la violencia contra las mujeres. Esta violencia tanto física como simbólica debe ser abordada desde todos los contextos educativos, mediante actuaciones específicas relacionadas con los roles y estereotipos de género. Es muy importante trabajar las causas de la violencia para que se sepan identificar situaciones de maltrato desde los primeros síntomas y así puedan discriminar lo que son relaciones de respeto y autonomía en el desarrollo de los lazos afectivos respecto a situaciones de posesión, violencia y agresión.



## CONTENIDOS:

- Sexualidad.
  - Necesidad de la educación sexual. Sexualidad positiva e integradora.
  - Mitos relacionados con la sexualidad.
  - Desarrollo psicosexual. Madurez afectiva y sexual.
  - Orientación sexual y del deseo.
  - Conocimiento del cuerpo: Anatomía.
  - Respuesta Sexual Humana.
  - Disfunciones sexuales.
  - Presión social y grupal
  
- Los Roles de género y pareja. educación para la igualdad.
  - Estereotipos Sociales: La importancia de los Medios de Comunicación.
  - Patriarcado. Concepto de Poder.
  - Lo masculino vs. lo femenino: el lenguaje no sexista.
  - Concepto de pareja. Etapas del amor
  - El respeto por la intimidad.
  - Sentimientos de posesión.
  
- La NO prevención y sus consecuencias :
  - Métodos anticonceptivos y de prevención.
  - Embarazos no deseados.
  - Las ETS.
  - VIH/SIDA.

## 7.4 DROGAS: LAS DIFERENTES SUSTANCIAS, EFECTOS, MOTIVOS DE CONSUMO Y LOS DIFERENTES TIPOS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

El objetivo de este bloque es dotar a los educadores de formación básica sobre prevención en drogodependencias para potenciar su capacidad de actuar como agentes de salud, así como, sensibilizar a los diversos colectivos de profesionales sobre su responsabilidad en la prevención de este gran problema social y personal en el que se pueden convertir las drogas.

Para hablar con conocimiento sobre determinadas sustancias y efectos debemos conocerlas con una visión lo más objetiva y real posible, con datos, no bajo los cientos de sesgos y tabús con los que los medios de comunicación y la sociedad tratan estos temas, puede que con buena intención en un principio, pero que se puede volver contraproducente. Para la labor educativa debemos ser lo más fieles a la realidad posible y basar nuestras intervenciones educativas en datos reales, científicos y comprobados, sin caer en el error del miedo y la prohibición y basando nuestro trabajo en la verdad, la información y la confianza.

Los problemas asociados al consumo de drogas afectan directamente a la salud, la convivencia y el bienestar social. Tratar de prevenir éstos es tarea de todos: desde el ámbito familiar y escolar, a los profesionales de la salud, mediadores educativos y responsables políticos. Todos tenemos un papel importante en la promoción y la defensa de la salud propia y la de la comunidad.

Debemos conocer las sustancias, su origen y sus distintos efectos a corto, medio y largo plazo, los orígenes de los consumos, por qué las personas empezamos a consumir drogas, cuales son las causas que lo motivan o los objetivos que buscamos con ello y todas aquellas particularidades que cuentan cada una de ellas además de los tipos de dependencia que pueden crear.

Hemos de buscar el origen de los consumos, trabajar con los factores de riesgo, fomentar los factores de protección, utilizar los recursos más adecuados para cada tipo de usuario dependiendo de su relación con las sustancias, identificar cuando nuestra intervención educativa debe dejar paso a una labor terapéutica si por desgracia se da la situación y conocer los recursos adecuados para la derivación, donde nuestro trabajo no tiene por que acabar, pero si tiene que volverse supeditado a la nueva situación de la intervención.

En estas tareas, los mediadores sociales son personas que por su papel en la comunidad y su contacto directo con la población, deben conocer sus características, necesidades y problemas, las entidades y recursos que existen, por qué tienen capacidad para llegar a la población y cómo han de implicarse y asumir su parte de responsabilidad en el problema. El rol del mediador social, que también tienen los educadores, es especialmente importante, ya que con frecuencia, es una figura de referencia y modelo y puede incidir directamente sobre el cambio de hábitos y actitudes de las personas con las que actúa. Al mismo tiempo, por el lugar de acción y el contacto directo con grupos humanos, puede detectar las situaciones de riesgo y contribuir a la puesta en marcha de acciones preventivas.

### **CONTENIDOS:**

- Conceptos generales sobre drogas:
  - Droga.
  - Tipos de sustancias.
  - Dependencia/Tolerancia.
  - Abstinencia/Uso/Abuso.
  - Síndrome de abstinencia.
  
- Prevención
  - Sociedad y consumo.
  - Motivos de los consumos.
  - Factores de riesgo y protección.
  - Programas de prevención. Prevención universal, selectiva e indicada.
  - Consumo de menor riesgo.
  
- Dependencia
  - Del abuso a la dependencia
  - Recursos sobre drogodependencia en nuestra comunidad

## **7.5 HÁBITOS SALUDABLES. HIGIENE, ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN, LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS. IMPORTANCIA DE UN OCIO ALTERNATIVO SANO**

Vemos importante dedicarle también un espacio a hábitos saludables como son la higiene, la alimentación y la actividad física, estos temas son menos “alarmantes” en un principio que los otros de los que se habla en el proyecto, pero son hábitos que tenemos que tener en cuenta constantemente, en nuestro día a día, por eso es importante que los interioricemos, no debemos banalizar sobre ellos porque pueden generar problemas de salud muy importantes, por lo cual el personal educativo susceptible de trabajar estos temas debe estar bien informado y disponer de recursos para promoverlos.

La higiene, ha de concebirse como un concepto más amplio, que abarca: la higiene corporal, el vestido, la vivienda, el medio que nos rodea, etc., por esto es primordial plantearlo desde edades muy tempranas. Hay que conseguir que se conviertan en actos rutinarios, para ello debemos plantear unas actividades que mantengan una lógica y una coherencia constante, ya que la adquisición de cualquier hábito requiere por parte de la familia y la escuela, constancia y rigurosidad. A su vez esto facilitará que desde la niñez incorporemos la vida personal aspectos que serán primordiales si queremos trabajar y educar para mejorar el bienestar integral. En la actualidad se han conseguido grandes avances en este tema pero sigue habiendo, en colectivos desfavorecidos mayormente, carencias en este aspecto.

En lo que respecta a la alimentación, han ido cambiando las costumbres alimenticias, se abusa reiteradamente de alimentos poco sanos tales como precocinados, bollería industrial, carnes grasas o bebidas gaseosas, o lo que conocemos como comida rápida, que unido a la falta de actividad física aumentan el índice de obesidad.

Es necesaria formación para poder llevar a cabo actuaciones reales y concretas en los diferentes ámbitos educativos para proporcionar cuanto menos, conocimientos sobre una alimentación sana y equilibrada, además de fomentar las actividades lúdico-deportivas, especialmente con colectivos que no tienen o han tenido fácil acceso a este tipo de actividades, alejándoles del sedentarismo y orientándoles hacia a un ocio activo y sano.

Por tanto, es imprescindible que exista una información clara y veraz sobre lo que es y lo que no es una nutrición adecuada, además de fomentar hábitos de actividad física en todos los ciudadanos, especialmente en la etapa infantil ya que les ayuda a desarrollar todas sus capacidades físicas: motricidad fina y gruesa, psicomotricidad, desarrollo de cualidades física básicas, entre otras.

Las líneas de actuación deben estar determinadas por unos valores y unas ideas referentes a la educación integral de la persona, el conocimiento de uno/a mismo/a, el autocuidado y la salud, poniendo especial énfasis en prevenir la malnutrición, los trastornos alimenticios y el sedentarismo.

La alimentación es la base fundamental del crecimiento de los/as niños/as así como de la conservación de la salud en los adultos.

No menos importante es tener conocimientos acerca de los trastornos alimenticios, es decir, la anorexia, la bulimia nerviosa, la obesidad infantil, etc. Son problemas que suelen aparecer durante la época adolescente incluso la niñez y la información al respecto juega un papel muy importante en la prevención de dichos desórdenes alimenticios. A éstos “habituales”

trastornos alimenticios, que por desgracia tanto han dado que hablar durante los últimos años, se le están sumando otros trastornos que se expanden tanto en número de casos, como en cuanto a población susceptible de padecerlos, como son la vigorexia y la ortorexia derivadas de nuestra vuelta de tuerca a la cultura del consumo, la sobresaturación de información, publicidad, pautas sociales, prototipos de belleza y búsqueda de la “perfección física”.

### **CONTENIDOS:**

- Higiene
  - Hábitos personales de higiene.
  - Higiene ambiental.
- Alimentación
  - Pirámide de alimentos. Una dieta saludable.
  - Trastornos alimenticios.
  - El “culto” al cuerpo.
- Actividad Física
  - Actividad física y ocio alternativo saludable.
  - Actividad física para cada edad.

## 8. EVALUACIÓN

Como todo proyecto de educación social, es imprescindible establecer un sistema de evaluación tanto de la práctica como del proceso educativo en su conjunto. Por ello planteamos la evaluación de este proyecto en tres partes, realizando un seguimiento constante del mismo, describiendo de forma resumida a continuación en qué consiste.

Antes de comenzar las sesiones prácticas, se llevará a cabo una **evaluación inicial**, mediante actividades planteadas para conocer las expectativas del grupo, conocimientos y actitudes hacia el tema que vamos a tratar, esto permitirá extraer indicadores iniciales que posteriormente nos ayudarán en la realización de una programación más ajustada, además de servirnos como medida comparativa de los conocimientos que se demuestren al finalizar.

Como adelantábamos al principio, la **evaluación continua** será el medio principal por el cual se lleve a cabo el seguimiento tanto de la evolución del alumnado, como de la propia actividad. De esta forma, la evaluación adquiere un carácter formativo, pues supone también la decisión de adoptar medidas de mejora, en función de lo que se vaya observando a lo largo de la puesta en práctica de las diferentes actividades.

Realizaremos evaluaciones de cada sesión, analizando, el interés de los participantes, las actividades que se realizan, el grado de asimilación de los contenidos trabajados y el grado de satisfacción que se muestre. De esta manera podremos hacer las modificaciones necesarias durante el proceso educativo.

Nada más concluido el proyecto, realizaremos una **evaluación final** de impacto mediante un cuestionario que nos permita descubrir si la información ha llegado al alumnado y si mediante el proyecto se han conseguido los cambios esperados.

Tras las sesiones educativas y formativas, es el momento de realizar una evaluación que permita conocer en qué grado hemos alcanzado los objetivos que se habían propuesto inicialmente, esto podemos llevarlo a cabo mediante la propuesta de la realización de un pequeño proyecto al alumnado. Pretende determinar hasta dónde hemos conseguido llegar en función de los objetivos.

Para conocer los aciertos y errores cometidos es necesaria una revisión personal y técnica de todos los elementos previstos en la programación del proyecto: si se han cumplido los objetivos, si la temporalización se ha ajustado lo suficiente, la participación del grupo, el progreso del grupo, el aprendizaje, sugerencias, ... Para ello, el educador social que desarrolla el proyecto empleará la herramienta del “cuaderno de educador2 en el que se van describiendo las diferentes sesiones, para su posterior análisis.

Otras técnicas posibles para llevar a cabo durante las distintas evaluaciones, podrán ser: técnicas de observación a través de diario de campo, observación sistemática, fichas de seguimiento; entrevistas individualizadas y de carácter grupal y reuniones entre los responsables del programa.

## 9. CONCLUSIONES

**Esta propuesta de intervención** ha sido realizada con la expectativa de su aplicación práctica a corto plazo, una propuesta real, para un problema real, como es el que se presenta en el día a día en el ámbito de la salud y de la promoción de la misma. Trabajaremos desde la educación social para informar y formar, para fomentar actitudes responsables en los individuos y la comunidad, siempre teniendo en cuenta las grandes diferencias que existen entre los grupos sociales susceptibles de esta actuación.

Se ha de dar prioridad al futuro trabajo con niños y jóvenes, ya que reforzarían las posibles intervenciones que se tengan que desarrollar, al tener unas bases estables y solidas, porque esos niños serán adolescentes, después jóvenes, adultos y finalmente ancianos, y con una correcta educación desde la niñez, se conseguirá mejorar la calidad de vida de las personas, reduciendo también esa gran cantidad de recursos sociales, económicos, sanitarios y humanos que hoy por hoy son necesarios por no haber puesto los medios suficientes en el momento adecuado.

La intención a la hora de realizar este proyecto es que no se quede en una actuación puntual, sino que sea un recurso que se vaya ofreciendo cada curso académico para todas las personas que se estén formando para realizar tareas educativas e, incluso en un futuro, se pudiese ofertar como una asignatura optativa dentro del currículo oficial de la Escuela Universitaria de Educación de Palencia, dada la transcendencia de este tema en el desarrollo educativo y social de la población.

Como **conclusiones de la realización del Trabajo Fin de Grado** en sí mismo, puedo decir que ha sido muy enriquecedor, el volver a la universidad y tener que retomar el trabajo desde la parte más teórica de nuestra profesión, viéndolo desde la experiencia adquirida tras años de trabajo como educador social.

Se puede decir que el hecho de haber estado trabajando durante los últimos años en temas relacionados con la propuesta de intervención y el tener la perspectiva de su posible aplicación real, ha facilitado el desarrollo del mismo, aunque los hábitos que se adquieren en la práctica profesional se han tenido que dejar un poco a un lado, debido a los hábitos formales que requieren un trabajo de este tipo. En un principio resulta un poco complicado ya que ciertas destrezas, a la hora de realizar determinados aspectos formales, se han perdido y cuesta llevar la práctica y la experiencia laboral adquirida al papel.



La parte más difícil del proyecto es la propia auto-exigencia, cuando ya se llevan años trabajando de educador social, la madurez y experiencia no te permiten realizar un trabajo simple o utópico y te impones la realización de un buen proyecto, aplicable, realista y fundamentado.

## 10. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- ASEDES. (2007). *Documentos profesionalizadores*. Toledo: Autor.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bermúdez, M. P., Castro, A., Madrid, J. y Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of clinical and health psychology 2010, Vol. 10, Nº 1*, pp. 89-103.
- Boletín Oficial de Castilla y León. (2009). *Decreto 50/2009, de 27 de agosto, por el que se aprueba el VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2009-2013)*.núm. 168 de 2 de septiembre de 2009.
- Boletín Oficial del Estado. (2006). *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.*, núm. 106 de 4 de mayo de 2006, páginas 17158 a 17207. Madrid: Autor
- Buxarrais, M.R. (2008). *Educación, género y políticas de igualdad*. En P. Aznar Minguet y P. Cánovas Leonhardt, *La Perspectiva de genero en los currícula: hacia la igualdad en la educación (95-122)*. Valencia: Universitat de València.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2009). *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016*. Madrid: Autor.
- Europa Press. (2009, 12 de agosto). El 39% de la población que sufre trastornos alimentarios padeció en su infancia obesidad o sobrepeso, según Centro ABB. *Europa Press, edición digital*.
- Europa Press. (2009, 23 de diciembre). La anorexia y bulimia se extiende entre niñas de 12 y 13 años. *Europa Press, edición digital*.
- Fernández, M.J., Carballo, R. y García, N. (2003). Eficacia de un programa de intervención curricular de educación para la salud en 2º ciclo de la E.S.O. *Revista Española de Pedagogía, 61, 225: 285*.
- López, N. (2003). *Curso de educación afectivo-sexual*. Barcelona: Netbiblo.

- Marquez, S. (1995). Beneficios Psicológicos de la actividad física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48(1), 185-206.
- Merino, B. (2008). *Ganar salud con la juventud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm> (Consulta: 5 de mayo de 2012).
- Morán, C. (2012, 3 de marzo). Los servicios sociales básicos sufren el mayor recorte en décadas. *El País, Edición Digital*.
- Moreno, M.C., Muñoz, M.V., Pérez, P. y SÁNCHEZ-QUEIJA, I (2005), *Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio "Health Behaviour in School Aged Children" (HBSC-2002)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Muñoz-Tinoco, V., Sanchez-Queija, I., Granado, M.C. y Jiménez-Iglesias, A. (2011). *Desarrollo adolescente y salud en España. Resumen del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC – 2006)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Moreno, C.; Sánchez-Queija, I.; Rivera, F.; Ramos, P.; Granado, M.C.; Muñoz-Tinoco, V. Y Jiménez-Iglesias, A. (2008). *Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Resultados de la encuesta a los centros educativos (actividades de promoción y educación para la salud y aspectos estructurales y de recursos que las condicionan)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Morgan, W.P. y O'Connor, P.J. (1988). Exercise and mental health. En R.K. Dishman (ed.): *Exercise adherence: Its impact on public health*. Champaign, Ill.: Human Kinetics.
- Muñoz, R. y Martínez, A. (2007). Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos Trastornos de la Conducta Alimentaria?. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Vol. 5, 457-482.
- Muñoz, J.C. (2004). *Hábitos y estilos de vida en relación con la actividad física en la educación primaria*. <http://www.efdeportes.com/efd79/habitos.htm> (Consulta: 18 de abril de 2012).
- Nieves Y. (2010). *Hábitos de ocio y consumo en población universitaria menor de 30 años*. Fundación Atenea y Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Phillips, E. y Pratt, H. (2005). Trastornos alimentarios en la universidad. *Pediatric Clinics of North America*, 52, 85-96.  
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/501/1v052n0001a00163.pdf>  
(consulta: 1 de mayo de 2012).
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2004). *La Violencia contra las mujeres*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Ruiz-Lázaro, P.M. (2001). Guía Práctica. *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia*. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbada.
- Salvador, T., Suelves, J.M. y Puigdollers, E. (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: Educación, Política Social y Deporte (Centro de Innovación y Documentación Educativa, CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública).
- Savater, F. (1997). *El valor de Educar*. Barcelona: Ariel.
- Sepúlveda, A.R., Gandarillas, A. y Carrobbles, J.A., *Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria*.  
[http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/776/1/psiquiatria.com\\_2004\\_8\\_10.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/776/1/psiquiatria.com_2004_8_10.pdf) (Consulta: 7 de mayo de 2012).
- Vega, A. (2005). Los miedos del sistema educativo ante las drogas: nuevos retos para la enseñanza. *Enseñanza*, 23, 403-422.
- Veiga, O.L. y Martínez, D. (2007). *Actividad física saludable -Guía para el profesorado de Educación Física-*. Madrid: Ministerio De Sanidad Y Consumo.
- Wonca International Classification Committee. (2003). *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Autor.
- OMS (1998): Glosario de términos básicos en promoción de la salud.  
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>