

# Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005

Mari Carmen Davó<sup>a</sup> / Diana Gil-González<sup>a,c</sup> / Carmen Vives-Cases<sup>a,b</sup> / Carlos Álvarez-Dardet<sup>a,b,c</sup> / Daniel La Parra<sup>d</sup>  
<sup>a</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España; <sup>b</sup>Red Nacional de Investigación sobre Salud y Género, España; <sup>c</sup>Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS); <sup>d</sup>Departamento de Sociología II, Universidad de Alicante, Alicante, España.

(Research on health education and promotion in Spanish nursery and primary schools. A systematic review of studies published between 1995 and 2005)

## Resumen

**Objetivo:** Conocer las características de las intervenciones destinadas a la educación y la promoción de la salud en la educación infantil y primaria en España, a través de los estudios publicados en las revistas científicas.

**Método:** Revisión de estudios sobre educación y promoción de la salud en la escuela española, publicados entre 1995 y 2005. Se consultaron las bases de datos internacionales Medline mediante Pubmed, Cinhal, Eric, Sociological Abstracts, Science Citation Index e Isooc. Se seleccionaron estudios de salud en la escuela española en infantil y primaria que incorporasen actividades de educación y/o promoción de salud. Se analizaron las características, el tema, la metodología, las intervenciones desarrolladas y su adecuación a los criterios para escuelas saludables.

**Resultados:** Cumplían los criterios de inclusión 26 de los 346 artículos identificados. Los programas de educación para la salud tienen una perspectiva más preventiva de la enfermedad que de promoción de la salud y no son frecuentes en las etapas de infantil y primaria. Los criterios de escuelas saludables se incluyen en 5 artículos (19,2%). Destacan las instituciones sanitarias (n = 7; 26,9%) y universitarias (n = 8; 30,8%) en el impulso de los programas. El tabaquismo (n = 11; 42,3%) es el tema más tratado.

**Conclusiones:** El protagonismo del profesorado en el impulso de la promoción de la salud en la escuela es menor que el de las instituciones sanitarias en la implementación y la difusión de los programas. La investigación sobre el desarrollo de la promoción de la salud en la escuela en las etapas de infantil y primaria es escasa.

**Palabras clave:** Revisión. Promoción de la salud. Educación para la Salud. Escuela primaria.

## Abstract

**Objective:** To identify the characteristics of health education and promotion interventions in Spanish nursery and primary schools, through the studies published in scientific journals.

**Method:** We performed a review of studies on health education and promotion interventions in Spanish nursery and primary schools, published from 1995 to 2005. The information sources were Medline (through Pubmed), Cinhal, Eric, Sociological Abstracts, Science Citation Index, and Isooc (CSIC). Studies performed in Spanish nursery and primary schools that incorporated health education and promotion interventions were selected. The studies' general features, main subject and aims, methodology, the kind of intervention described, and compliance with the criteria for Healthy Schools were analyzed.

**Results:** Only 26 of the 346 articles identified met the inclusion criteria. Health education programs focussed more on disease prevention than on health promotion and only a few studies were performed in nursery and primary schools. The criteria for health promotion in schools were included in 5 articles (19.2%). The importance of health institutions (n = 7; 26.9%) and universities (n = 8; 30.8%) as promoters of programs was notable. The most frequent subject was smoking (n = 11; 42.3%).

**Conclusions:** Teachers play a lesser role in health promotion in schools than health institutions in the implementation and dissemination of health programs. Research into health promotion in nursery and primary schools is scarce.

**Key words:** Review. Health promotion. Health education. Primary School.

**Correspondencia:** Mari Carmen Davó.  
 Departamento de Salud Pública. Edificio de Ciencias Sociales.  
 Campus Sant Vicent del Raspeig. Universidad de Alicante.  
 Apdo. 99. 03080 Alicante. España.  
 Correo electrónico: mdavo@ua.es

Recibido: 14 de septiembre de 2006.  
 Aceptado: 7 de febrero de 2007.

## Introducción

La educación para la salud ha estado tradicionalmente presente en la escuela, aunque sus objetivos y los métodos empleados para alcanzarlos han ido variando al tiempo que evolucionaba el propio concepto de salud<sup>1</sup>.

Inicialmente, las intervenciones escolares de salud se basaron en el modelo tradicional de prevención de enfermedades<sup>2</sup>. Tenían por objetivo la modificación de conductas individuales en temas como el abuso de drogas y alcohol, el tabaco, la alimentación, la actividad física y la salud mental, entre otros<sup>3</sup>. Las metodologías educativas empleadas, basadas en la transmisión vertical del conocimiento en el contexto del aula, situaban a los niños como receptores pasivos ante las recomendaciones de los expertos<sup>4</sup>.

En la década de los ochenta, con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud en la Carta de Ottawa, empieza a cobrar fuerza una nueva idea de cómo abordar la salud en la escuela<sup>5</sup>. Las intervenciones dejan de orientarse sólo hacia la prevención de la enfermedad para tratar de incidir también en la mejora de todos los aspectos que pueden determinar la salud en el entorno escolar<sup>6</sup>.

Desde esta perspectiva, las intervenciones se dirigen a los niños, al conjunto de la comunidad educativa y al propio centro. Se pretende que su impacto trascienda los límites del aula, al considerar que los niños también pueden ser agentes de salud si son formados adecuadamente para ello<sup>7</sup>. Se considera que mediante la aplicación de metodologías educativas participativas se les puede ayudar a identificar y a adoptar conductas saludables y también a reconocer la influencia que ejerce en la salud su entorno físico y social próximo, aspirando a que sean capaces de intervenir en su mejora<sup>8</sup>. En este nuevo enfoque, los maestros adquieren un papel protagonista para abordar la salud en la escuela porque sus competencias profesionales les capacitan para alcanzar estos objetivos de manera más eficaz que otros profesionales<sup>9</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea y el Consejo de Europa propusieron una serie de criterios para incorporar la promoción de la salud en la escuela, con el objetivo de introducir en la comunidad educativa modelos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud<sup>10</sup>.

Posteriormente, estos criterios se han ido especificando en líneas de acción más concretas: el desarrollo de buenas relaciones interpersonales en la escuela; la mejora de la salud y el bienestar del personal del centro; la promoción de la autoestima y autonomía de los niños, facilitando su participación en la vida escolar; el cuidado de los aspectos físicos y organizativos del centro, y la consideración del personal de la escuela como modelo en temas de salud<sup>11</sup>.

Así pues, tanto el reconocimiento de las dimensiones física, psicológica y social de la salud<sup>12</sup>, como la incorporación del enfoque de la Promoción de la salud, ha dado lugar a una ampliación de los contenidos de la educación para la salud que pueden ser tratados en la escuela. A los temas preventivos tradicionales se añaden

ahora los relacionados con la mejora del propio ambiente escolar<sup>13</sup>.

Actualmente, la Promoción de la salud en el entorno escolar se reconoce como una forma efectiva de intervención para mejorar la salud de la población infantil y juvenil<sup>14</sup>. Permite promover en los niños y las niñas no sólo conductas y hábitos saludables, sino también capacitarlos desde edades tempranas a abordar los problemas de salud con una perspectiva crítica y transformadora<sup>8</sup>. Algunas experiencias llevadas a cabo muestran que los niños, con ayuda de los adultos, son capaces de identificar y proponer alternativas a problemas de salud<sup>15-17</sup>.

Nuestro país está vinculado a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud desde 1993 y, desde la Reforma Educativa de 1992, la educación para la salud está integrada como tema transversal en el currículum educativo<sup>18</sup>. Esto último ha generado condiciones favorables para que el profesorado, junto con la comunidad escolar y la colaboración de profesionales sociosanitarios, pueda abordar la salud en la escuela desde las primeras etapas educativas<sup>19</sup>.

Sin embargo, parece que el desarrollo de la Promoción de la salud en la escuela es lento. Según la información disponible en el Ministerio de Educación y Ciencia, el número de centros educativos vinculados a la Red no es muy alto y, debido a que las competencias en educación y salud están transferidas a los gobiernos autonómicos, la situación es muy desigual entre unas comunidades y otras<sup>20</sup>.

Con el fin de conocer cómo se está produciendo la incorporación de la promoción de la salud y cómo está evolucionando la educación para la salud en el entorno educativo español, este estudio ofrece una primera aproximación basada en la revisión de la investigación sobre la educación y la promoción de la salud en la educación infantil y primaria en el período comprendido entre 1995 y 2005, a través de los resultados publicados en las revistas científicas.

---

## Métodos

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de abril y diciembre de 2005. Se utilizaron las bases de datos internacionales Medline, a través de Pubmed, Cinhal, Eric, Sociological Abstracts, Science Citation Index, y la base de datos nacional Isooc (CSIC). Las ecuaciones de búsqueda fueron: «*health promotion and primary school and Spain*», «*health education and primary school and Spain*», «*intervention and health education and school and Spain*», «*intervention and health promotion and school and Spain*», «*programs and health education and Spain*», «*programs and health promotion and school and Spain*», «*programs and*

*school and Spain»* y «*school programs and Spain»*. Para la elección de estos términos se utilizó el tesaurus de cada una de las bases de datos consultadas o, en su defecto, las listas de vocabulario controlado. Para las bases de datos que no cuentan con esta herramienta, se utilizaron palabras clave combinadas con operadores booleanos.

#### *Criterios de inclusión y exclusión*

Se incluyeron en la revisión los trabajos de salud desarrollados en la escuela española y publicados entre 1995 y 2005, que se centraban o incluían las etapas de infantil y primaria y que incorporaban alguna actividad de educación y/o promoción de salud.

Fueron excluidos los estudios que no reunían los criterios mencionados: trabajos escolares no españoles, intervenciones desarrolladas fuera del ámbito escolar, edades de estudio no comprendidas en las etapas de infantil a primaria (4-12 años) y trabajos teóricos. También se excluyeron los editoriales de revistas científicas y las revisiones teóricas, sistemáticas, metaanálisis y de libros.

#### *Análisis de la revisión de la literatura científica*

Los artículos seleccionados para la revisión se analizaron teniendo en cuenta las siguientes variables:

1. Datos sobre el artículo: año de publicación, revista, disciplina de procedencia del autor/a (educación, ciencias clínicas, medicina preventiva, salud pública, psicología), centro del que parte la investigación (escuela, centro de salud, hospital, universidad, concejalía de sanidad, concejalía de educación, educación y sanidad), centro donde se lleva a cabo la investigación (escuela pública, escuela privada o concertada, todas), comunidad autónoma de donde parte la investigación.

2. Tema de salud abordado (alimentación y nutrición, alcohol, drogas, sexualidad, violencia, higiene, medio ambiente, salud bucodental, cáncer, maltrato, ergonomía, salud mental).

3. Metodología: diseño del estudio (observación, intervención, ambos), tipo de estudio (cuantitativo, cualitativo, ambos), datos analizados (primarios, secundarios, ambos), tipo de datos primarios (entrevista, encuesta, grupos de discusión), tipo de datos secundarios (encuestas de salud, censos o padrones, historias clínicas, registros de los servicios de salud, exámenes de salud), población de estudio (niños, maestros, directores, padres, auxiliares o servicios, comunidad escolar), ciclos educativos y edad de los niños objeto de estudio (primer ciclo infantil, 0-3 años; segundo ciclo infantil, 3-6 años; primer ciclo primaria, 6-8 años; se-

gundo ciclo primaria, 8-10 años; tercer ciclo primaria, 10-12 años).

4. Información sobre las intervenciones de educación y promoción de salud: descripción de la intervención (detallada, poco descriptiva, no describe la intervención), tipo de intervención (puntual, continua, no se sabe), marco teórico que fundamenta la intervención de educación para la salud (no informa, aprendizaje social), metodología de educación para la salud utilizada (expositiva, participativa, mixta), objetivos de la intervención (información, hábitos, actitudes, competencias para la acción, combinación de varios), papel activo en la investigación (maestros, niños, niños y maestros, directores, comunidad escolar, otros profesionales).

5. Criterios de la promoción de salud en la escuela incluidos en las intervenciones (integración de la educación para la salud en el currículum educativo, trabajo de los valores y las actitudes en el ambiente escolar, participación de la familia y la comunidad en las intervenciones, todas)<sup>10</sup>.

En el caso de las variables relacionadas con los temas estudiados, el tipo de datos secundarios y el marco teórico que fundamenta la intervención de educación para la salud, se dejó una opción de respuesta abierta que ayudase a completar la información buscada. Posteriormente, para el análisis de datos, se realizó un estudio descriptivo basado en frecuencias y porcentajes utilizando el SPSS 11.5 como soporte informático.

---

## Resultados

En la búsqueda inicial se identificaron 346 artículos. Tras su revisión, se seleccionaron 26 para el estudio, excluyendo el resto por no cumplir los criterios de inclusión establecidos (tabla 1).

Del total de artículos seleccionados, 13 (50%) se concentran en los años 2001 (n = 5; 19,2%)<sup>21-25</sup>, 2000 (n = 4; 15,4%)<sup>26-29</sup> y 1997 (n = 4; 15,4%)<sup>30-33</sup>. *Archivos de Bronconeumología* (n = 4; 15,4%)<sup>22,28,34,35</sup> es la revista que reúne la mayoría de artículos publicados. Le siguen *Atención Primaria* (n = 3; 11,5%)<sup>26,36,37</sup> y *Revista Española de Salud Pública* (n = 3; 11,5%)<sup>38-40</sup>. Los autores de los estudios proceden fundamentalmente de las ciencias clínicas (n = 7; 26,9%)<sup>26,28,29,34,35,41,42</sup> y de la medicina preventiva (n = 7; 26,9%)<sup>22,23,27,31,32,38,39</sup>. Las investigaciones parten en su mayoría de la universidad (n = 8; 30,8%)<sup>24,25,30,32,38-40,43</sup> y de los hospitales (n = 7; 26,9%)<sup>22,27-29,34,35,41</sup>, mientras que son escasas las impulsadas desde la escuela (n = 2; 7,7%)<sup>44,45</sup>. Los estudios se llevan a cabo en todo tipo de escuelas, tanto públicas, privadas como concertadas (n = 16; 61,5%)<sup>21-23,26-29,31-35,38,39,41,42</sup>. Castilla León (n = 6;

**Tabla 1. Resultados de la búsqueda de artículos sobre educación y promoción de la salud en la escuela española (1995-2005). Artículos aceptados y excluidos para la revisión**

	n.º	%
Total artículos obtenidos	346	100,0
Aceptados para la revisión	26	7,5
Excluidos	320	92,4
No españoles	121	37,8
Intervenciones no escolares	117	36,5
Edad	46	14,4
Teóricos	9	2,8

23,1%)<sup>22,27,29,34,35,41</sup> es la comunidad autónoma que más estudios impulsa, y el tabaco es el principal tema de investigación tratado (n = 11; 42,3%)<sup>22,27-29,34,35,38,39,41,43,44</sup>.

En cuanto a la metodología de los estudios, los diseños suelen combinar la intervención y la observación (n = 15; 57,7%)<sup>21,23,25,26,30,31,33,34,36-38,42,44-46</sup>. Son en su mayoría estudios cuantitativos (n = 21; 80,8%)<sup>22,29,31,32,34-37,39-45</sup>, que utilizan datos primarios (n = 24; 92,3%)<sup>22-39,41-46</sup> obtenidos principalmente mediante encuestas (n = 19; 73,1%)<sup>21,22,24,25,27-29,31,32,34-36,38,39,41-45</sup>.

Los niños son objeto de estudio en la mayoría de las investigaciones (n = 18; 53,8%)<sup>21,23-26,28,30-34,36-39,43-45</sup>. A estos resultados se ha sumado un trabajo, que, aun tomando la escuela como unidad de análisis, evalúa el desarrollo de un programa de educación para la salud llevado a cabo con los niños<sup>31</sup>. El resto de estudios se centran en los maestros (n = 3; 11,5%)<sup>29,42,46</sup>, en los directores (n = 4; 15,4%)<sup>22,27,35,41</sup> y, uno de ellos, en los libros de texto que incluyen como tema la educación para la salud (n = 1; 3,8%)<sup>40</sup>.

Por ciclos educativos y edad, en la mayoría de los estudios (n = 16; 61,5%) se incluyen niños de tercer ciclo de primaria (10-12 años)<sup>21,23,26,28,30-34,36-39,43-45</sup>. También se cuenta con los del segundo ciclo de primaria (8-10 años) (n = 12; 46,2%)<sup>21,23,25,26,30,32,33,36-39,45</sup>. Sin embargo, los niños del primer ciclo de infantil (6-8 años) (n = 5; 19,2%)<sup>21,23,26,37,45</sup> y el segundo ciclo de infantil (3-6 años) (n = 2; 7,7%)<sup>24,45</sup> se incluyen en los estudios con menos frecuencia.

En los 15 estudios que incluyen intervención, es mayor el porcentaje que contiene una descripción detallada de ésta (n = 9; 34,6%)<sup>21-25,30,33,36,38,44-46</sup> que el de los estudios que ofrecen una información poco descriptiva (n = 6; 23,1%)<sup>23,26,31,34,37,42</sup>. Es muy poca la diferencia encontrada entre las intervenciones puntuales (n = 7; 26,9%)<sup>25,31,36-38,42,46</sup> y las que tienen continuidad en el tiempo (n = 8; 30,8%)<sup>21,23,26,30,33,34,44,45</sup>. En la mayoría de los estudios no se informa del marco teórico que fundamenta la intervención de educación para la salud (n = 11; 42,3%)<sup>23,25,26,33,34,36,37,42,44-46</sup>. En los estudios que lo explicitan (n = 4; 15,4%)<sup>21,30,31,38</sup>, el apren-

dizaje social es el más utilizado (n = 3; 11,5%)<sup>21,22,29-31,38</sup>. Las metodologías de enseñanza más frecuentes son las que combinan las expositivas y las participativas (n = 7; 26,9%)<sup>21,25,30,34,38,45,46</sup> o sólo estas últimas (n = 4; 15,4%)<sup>31,33,36,44</sup>. Los objetivos se relacionan en su mayoría con el incremento de información y la adquisición de habilidades (n = 9; 4,6%)<sup>23,25,26,30,33,34,38,44,46</sup>, mientras que son menos los que además capacitan para la acción (n = 4; 15,4%)<sup>21,33,44,46</sup>. El papel activo en las intervenciones lo desempeña la comunidad escolar (n = 7; 26,9%)<sup>21,25,30,33,38,42,45</sup> o los niños, conjuntamente con padres y maestros (n = 3; 11,5%)<sup>34,36,37</sup>.

Son pocos los estudios (n = 5; 19,2%)<sup>21,30,31,33,45</sup> en que las intervenciones cumplen todos los criterios de promoción de salud establecidos por la OMS. Del resto, también son pocas (n = 3; 11,5%)<sup>31,34,45</sup> las intervenciones que incorporan la educación para la salud en el currículum y/o trabajan los valores y actitudes en el ambiente escolar (n = 3; 15,4%)<sup>25,38,46</sup>. La extensión de las intervenciones a la familia y la comunidad es el criterio más frecuente, aunque apenas se contempla en la mitad de ellas (n = 7; 26,9%)<sup>23,25,26,34,36,38,42</sup>.

## Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que la mayoría de las intervenciones de salud en la escuela en las etapas de infantil y primaria continúan basándose más en el modelo de prevención de enfermedades que en el de promoción de la salud. Asimismo, el protagonismo del profesorado en el impulso de la promoción de la salud en la escuela es menor que el de las instituciones sanitarias en la implementación y la difusión de los programas.

El abordaje de la educación para la salud, aunque participativo, se centra en programas donde los temas y los objetivos continúan orientados hacia el cambio de la conducta individual, y no hacia la adquisición de competencias en salud que promuevan cambios individuales y sociales. En nuestra opinión, esta situación puede constituir una limitación para conseguir la mejora de la salud en el entorno escolar.

En el presente estudio se han incorporado variables relacionadas con los criterios que caracterizan a las escuelas promotoras de salud. Esto nos ha permitido analizar su desarrollo en nuestro contexto educativo, concretamente en las etapas de infantil y primaria.

Según los resultados de nuestro trabajo, los proyectos de promoción de la salud generalmente no se incluyen en el currículum, no se trabaja la salud del propio ambiente escolar y, aunque las intervenciones se extienden a la familia y a la comunidad educativa, se desarrollan fundamentalmente en el aula.



En España, un estudio de revisión similar al nuestro analiza las intervenciones de promoción de la salud, dirigidas a jóvenes españoles, entre los años 1995 y 2000<sup>47</sup>. En él se presenta una descripción general de los proyectos publicados, el ámbito de aplicación, los temas tratados, la metodología empleada, los diseños de evaluación y los resultados obtenidos. Algunos de los resultados de este estudio coinciden con los del nuestro, en particular, que el número de estudios obtenidos es menor conforme disminuye la edad del grupo de intervención, es decir, en las etapas de infantil y primaria, y que los trabajos recuperados a través de Medline son llamativamente escasos. Sin embargo, este trabajo difiere tanto en el hecho de haber estudiado sólo las etapas de infantil y primaria, como de haberse centrado en la escuela, entendida como un entorno para la promoción de la salud, y haber incorporado en el análisis criterios que permiten valorar su desarrollo en el ámbito educativo.

Es posible que la recuperación de toda la información disponible para nuestro estudio se haya visto sesgada por haber incluido sólo artículos publicados en revistas indexadas. Dado que muchas de las intervenciones son impulsadas desde las Administraciones públicas de las comunidades autónomas, puede que éstas estén descritas en la literatura gris, en forma de informes institucionales o en revistas que no están catalogadas en las bases de datos consultadas. También es posible que la información más exhaustiva sobre la manera en que se trabaja la salud en el aula se encuentre disponible en las programaciones escolares, las cuales no han sido objeto de estudio en este trabajo.

El hecho de que los trabajos analizados partan mayoritariamente de las instituciones sanitarias y de la universidad parece indicar que los maestros, aunque participan en los programas, no están suficientemente integrados en los equipos responsables de la investigación. El escaso protagonismo que tienen en los procesos les sitúa a menudo como simples receptores de los programas, lo que no favorece que se integren en las políticas internas de los centros y en el propio entorno escolar los resultados de las investigaciones.

Los resultados de un reciente estudio internacional<sup>48</sup> coinciden con los de nuestro trabajo en que son pocas las intervenciones que incorporan todos los criterios de promoción de la salud en la escuela, aunque valoran positivamente cómo se están desarrollando. Los autores de este trabajo observan que se han ido produciendo cambios en las estructuras organizativas y en las políticas de los centros escolares, que varios proyectos integran la promoción de la salud en el currículum, y que tanto los padres como la comunidad local participan en la planificación y el desarrollo de los programas. Además, la mayoría de estos programas se llevan a cabo por el propio profesorado.

Coinciden también, en este sentido, los resultados presentados por la OMS<sup>49</sup>, en un informe reciente sobre la evidencia y la efectividad de la promoción de la salud en la escuela. Al igual que en nuestro trabajo, se observa que la mayoría de las intervenciones todavía se desarrollan en el aula y tienen por objetivo el desarrollo de conocimientos y habilidades. Sin embargo, el informe concluye que, aunque es menor el número de programas que incorporan todos los criterios de escuelas saludables, sus resultados son más efectivos.

El análisis de nuestros resultados confirma que en las intervenciones de educación para la salud se suele utilizar una metodología participativa. También que el marco teórico en que se basan estas intervenciones, aunque pocas veces explícito, es el aprendizaje social. Ambas cuestiones son valoradas positivamente en otro estudio de revisión de promoción de salud en la escuela<sup>50</sup>, porque parece haber evidencias de que favorecen resultados eficaces en relación con el cambio de conducta. Sin embargo, este estudio coincide con las conclusiones de los estudios anteriores en que, si junto con los aspectos individuales y conductuales no se trabajan los de promoción de salud –ambiente escolar, familia y comunidad–, el impacto sobre la salud no es consistente en el tiempo.

Por otra parte, en nuestro estudio la prevención del hábito tabáquico es el tema más tratado con los escolares de primaria, mientras que, según los resultados del estudio de revisión español mencionado anteriormente<sup>47</sup>, en el caso de los jóvenes y adolescentes, las drogas ilegales es el tema más estudiado. En cualquier caso, ambos temas se centran en la prevención de la enfermedad y en el cambio de conductas individuales. También en el informe de la OMS<sup>49</sup>, el abuso de drogas, alcohol y tabaco, junto con los programas de nutrición y ejercicio físico, son los temas más frecuentes; los temas relacionados con la mejora de la salud mental son menos habituales. Sin embargo, los resultados de las revisiones sistemáticas analizadas en dicho informe ponen de manifiesto una mayor efectividad en los programas de mejora de la salud mental, la comida sana y la actividad física que en los de prevención del abuso de sustancias, la promoción de sexo seguro y la salud bucodental.

---

## Conclusiones

La investigación sobre el desarrollo de la promoción de la salud en la escuela en las primeras etapas educativas es escasa. El objeto de estudio de la investigación no suele ser los criterios de escuelas saludables, sino la eficacia de los programas de educación para la salud en relación con la modificación de conductas individuales. Tampoco suele ser objeto de es-

tudio la intervención educativa del profesorado ni su implicación en la producción de cambios en la política del centro escolar, a pesar de que se valore como figura clave en ambos procesos.

Asimismo, parece que la incorporación de la educación para la salud como tema transversal en el currículum educativo de nuestro país no ha sido suficiente para que ésta se integre de forma sistemática y generalizada en los proyectos curriculares de todas las escuelas.

La participación de los padres y de la comunidad en general en las actividades preventivas parece que va aumentando; sin embargo, se dispone de poca información acerca de su participación en las actividades relacionadas con los cambios de las políticas de las escuelas o las cuestiones organizativas que influyen en la mejora de la salud del centro.

---

## Perspectivas

Para obtener más información sobre cómo se está desarrollando la promoción de la salud en las primeras etapas educativas, sería necesario realizar una exploración que no se limitara a las revistas científicas incluidas en las bases de datos internacionales. Especialmente, sería interesante indagar en las programaciones de aula para obtener una información más exacta sobre las intervenciones que se llevan a cabo en cada escuela y conocer cómo se adecuan a sus necesidades.

También aportaría información relevante una investigación que tuviese como objeto de estudio la opinión de los maestros sobre la promoción de la salud. Podrían identificarse las barreras y las oportunidades que los propios maestros reconocen a la hora de incorporar la promoción de la salud en el entorno escolar. Conocer su interpretación acerca de la promoción de la salud puede ayudar a comprender el modo en que afrontan su incorporación a la escuela. Por otra parte, partir de la opinión de los protagonistas es clave para definir nuevas estrategias que contribuyan a aumentar el número de escuelas promotoras de salud en nuestro país.

---

## Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Escuela Valenciana de Estudios en Salud y a la Consellería de Sanidad, por la ayuda concedida al proyecto titulado «Promoción y Educación para la Salud» en las aulas de primaria. También al profesor Antonio García Belmar, por sus comentarios y aportaciones realizadas en este trabajo.

## Bibliografía

1. García I. Promoción de la salud en el medio escolar. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:285-7.
2. Tones BK. Health Education and the ideology of health promotion: a review of alternative approaches. *Health Educ Res*. 1986;1:3-12.
3. St Legar LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health. A review of the claims and evidence. *Health Education Res Arch*. 1999;14:51-69.
4. Hagquist C, Starrin B. Health education in schools, from information to empowerment models. *Health Promot Int*. 1997;12:225-32.
5. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Genève: WHO; 1986.
6. Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En: Colomer C, Álvarez-Dardet C, editores. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2000.
7. Davó MC, Ruiz MT. Escuelas saludables. En: Colomer C, Álvarez-Dardet C, editores. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson; 2000.
8. Jensen B. Contribuciones en educación para la salud, acción y democracia. Copenhague: Centro de Investigación de Educación para la Salud y Ambiental. Real Escuela Danesa de Estudios Educativos; 1998.
9. Mendoza R, López P. Escuelas generadoras de salud. *Cuadernos de Pedagogía*. 1993;214:8-12.
10. Stewart M, Barnekow V, Rivett D. The European network of health promoting schools. The alliance of education and health. Copenhague: WHO Regional Office for Europe. The European Commission, Council of Europe. International Planning Committee; 1999.
11. Young I, Williams T, editores. *The Healthy School*. Scottish Health Education Group. Edinburgh EH10 4SG. 1989. En: *Educación para la Salud en la Escuela*. Conferencia Europea. San Lorenzo de El Escorial. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, CIDE; 1995.
12. Organización Mundial de la Salud. Carta Constitucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1946.
13. Gavidia V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75:505-16.
14. Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud (II). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
15. Mayor's Survey. Kidsplace. Technical Report. Seattle, Washington, 1984.
16. Tonucci F. La ciudad de los niños. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez; 1997.
17. Kalnins I, Hart C, Ballantyne P, Quartaro G, Love R, Sturis G, et al. Children's perceptions of strategies for resolving community health problems. *Health Promot Internacional*. 2002;17:223-33.
18. Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE 238 de 4-10-1990.
19. Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana. Escuela y salud. Programa de Educación para la salud en la escuela. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum. Direcció General de Salut Pública; 1993.
20. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Investigación y Documentación Educativa [citado 1 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.mec.es/cide>
21. Roset MA, Gonzalvo B. School meals in Catalonia: surveillance and quality control. *Public Health Nutricion*. 2001;4:1339-41.

22. Hernández-Mezquita MA, Barrueco M, González Bustos M, Torrecilla M, Jiménez- Ruiz CA, González MT. Nivel de autoeficacia de los directores escolares e influencia del mismo sobre la prevención del tabaquismo en la escuela. *Arch Bronconeumol.* 2001;37:115-20.
23. Tapias MA, De Miguel G, Jiménez-García R, González A, Domínguez V. Incidence of caries in an infant population in Mostoles, Madrid. Evaluation of a preventive program after 7.5 years of follow-up. *Int J Paediatric Dentistry.* 2001;11:440-6.
24. Ruiz F, Cabrera MI, Juárez AB, Hidalgo J, Raya L, Seca S. Detección de los hábitos alimenticios de niños de 5 años de un entorno rural: una experiencia de aula. *Aula de Encuentro.* 2001;5:27-38.
25. Méndez FJ, Gómez-Conesa A. Postural hygiene program to prevent low back pain. *Spine.* 2001;26:1280-6.
26. Tapias Ledesma MA, Gil de Miguel A, Regidor E, Domínguez Rojas V. Incidencia de caries en una población infantil de Móstoles: evaluación de un programa preventivo transcurridos 2 años. *Aten Primaria.* 2000;26:46-50.
27. Hernández-Mezquita MA, Barrueco M, Jiménez CA, Vega MT, Garrido E. Opinión de los directores escolares sobre la influencia de factores del medio escolar en la actitud de niños y jóvenes ante el tabaco. *Anales de Pediatría.* 2000;52:132-7.
28. Álvarez Gutiérrez FJ, Vellisco García A, Calderón Osuna E, Sánchez Gómez J, Del Castillo Otero D, Vargas González R, et al. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campana de prevención del tabaquismo 1998-1999). *Arch Bronconeumol.* 2000;36:118-23.
29. Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Jiménez-Ruiz C, Torrecilla M, Vega MT, Garrido E. Attitudes of teachers about tobacco prevention at school. *Allergologia et Immunopathologia.* 2000;28:219-24.
30. Pérez-Rodrigo C, Aranceta J. Nutrition education for schoolchildren living in a low-income urban area in Spain. *JNE.* 1997;29:267-73.
31. Villalbí J. The prevention of substance abuse in schools: a process evaluation of the adoption of a standardised education module. *Promotion and Education.* 1997;4:15-9.
32. Failde I, Zafra JA, Ruiz E, Novalbos JP. Valoración de la alimentación de los escolares de una población de la Sierra de Cádiz (Ubrique). *Med Clin (Barc).* 1997;108:254-8.
33. Pérez I, Melero JC, Flores R. II Evaluación de proceso del programa «Osasunkume, la aventura de la vida». Una iniciativa para la prevención escolar de las drogodependencias. *Adicciones.* 1997;9:87-108.
34. Barrueco M, Vicente M, López I, Gonsalves T, Terrero D, García J, et al. Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla-León. Actitudes de la población escolar. *Arch Bronconeumol.* 1995;31:23-7.
35. Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Cordovilla R, Flores S, Vega MT, Garrido E, et al. Prevención del tabaquismo en los centros escolares españoles. *Arch Bronconeumol.* 1998;34:496-9.
36. López González S, López González ML, Del Valle MO, Cueto Espinar A. Aceptación escolar del teatro como método de EpS. *Aten Primaria.* 1995;16:38-42.
37. Mir Ramonell R, Miguel Sebastián A. Infestación por piojos en los escolares de los CP de Palma e intervención educativa 1983-2003. *Aten Primaria.* 2004;34:60-60.
38. López González ML, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, Pereiro Gallo S, Fernández Carral M, Thomas H, et al. Intervención educativa escolar para prevenir el tabaquismo: evaluación del proceso. *Rev Esp Salud Pública.* 1998;72:303-18.
39. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A, et al. Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública.* 1999;73:343-53.
40. Gavidía V. La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:275-85.
41. Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, Jiménez CA, Vega MT, Garrido E. Anti-tobacco education in Spanish schools 1999. *Allergologia et Immunopathologia.* 1999;27:188-94.
42. Echevarría Lecuona J. La infección por el VIH en guarderías y centros escolares. *Anales Españoles de Pediatría.* 1996;44:442-4.
43. González Ferreras C, Navarro Guzmán JI. Factores psicosociales que intervienen en la adquisición del comportamiento tabáquico. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 1998;30:49-66.
44. Bañeres Codina D. Contra el tabaco y el alcohol. *Cuadernos de Pedagogía.* 1996;247:34-7.
45. Artús Acín A, Domínguez Laborda JA. Experiencia comarcal de educación para la salud en las Cinco Villas. *Alambique. Didáctica de las Ciencias Experimentales.* 1996;9:39-47.
46. Colmenares Gil JA. Intervención psicosociológica y ergonómica. La salud en la escuela. *Energía, Carácter y Sociedad.* 1994-1995;12:55-70.
47. Hernán M, Ramos M, Fernández A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública.* 2001;75:491-504.
48. Mukoma W, Flisher A. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion Internacional.* 2004;19:357-68.
49. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2006 [citado 1 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
50. Lister-Sharp, Chapman S, Stewart-Brown S, Sonden A. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews [executive summary]. *Health Technology Assessment.* 1999;3:22.