

## **SALUD Y ESTILOS DE VIDA DE ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA<sup>1</sup>**

### **HEALTH AND LIFESTYLES OF PRIMARY SCHOOLS PUPILS**

**Carlos Rosales López**

*Universidad de Santiago de Compostela*

[carlos.rosales@usc.es](mailto:carlos.rosales@usc.es)

#### **RESUMEN**

El principal objetivo de este trabajo se ha centrado en poner de relieve cómo los distintos contextos o escenarios en los que se desarrolla la vida del niño de seis a doce años (familia, escuela y comunidad próxima), pueden contribuir a su educación para la salud y en concreto, a la formación en él de estilos de vida saludables.

El segundo objetivo ha sido sensibilizar a futuros educadores (maestros de educación primaria en segundo curso de formación) sobre la importancia de la educación para la salud, e incrementar su conocimiento sobre los estilos de vida de sus futuros alumnos, así como sobre formas de intervención de la escuela en este sentido, en colaboración con las familias y la comunidad.

Para conseguir estos dos grandes objetivos se ha realizado una actualización conceptual en la primera parte del trabajo y una aproximación empírica en la segunda, mediante la recogida de datos sobre los estilos de vida de diez niños/as de seis a doce años y la reflexión, en el contexto de clases interactivas, sobre características de los mismos y de la intervención de diversos agentes educativos.

**Palabras clave:** Educación para la salud, estilos de vida, contextos educativos.

#### **ABSTRACT**

The main objective of this paper is to highlight how the different contexts in which the six to twelve years child's life develops (family, school and immediate community) can contribute to health education and specifically to the child's acquisition of healthy lifestyles.

The second objective is to sensitize future teachers (primary school teachers in the second year of training), about importance of health education and increase their knowledge about the lifestyles of their future students, as well as about the forms of intervention school in this regard, in collaboration with families and the community.

To achieve these two objectives, the conceptual foundation has been upgraded in the first part of the work and an empirical approach has been made in the second part, by collecting data on the lifestyles of ten children six to twelve years and the reflection, in the context of interactive lessons on their characteristics and the intervention of various educational agents.

**Keywords:** Health education, life styles, educational contexts

---

Recibido: 04/VII/2014. Aceptado: XI/2014

<sup>1</sup> La fundamentación teórica de este capítulo se basa en la obra del autor *Perspectivas de educación para la salud*. Santiago: Tórculo.

## LOS ESCENARIOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Es muy probable que las prácticas de educación para la salud sean tan antiguas como la misma preocupación del hombre por la conservación y mejora de la salud, por la superación de la enfermedad. Dando un gran salto en el tiempo, es preciso destacar el papel desempeñado hasta época reciente y aún en la actualidad por los médicos rurales como difusores de cultura médica entre la población... En nuestros días también, los profesionales de la medicina continúan siendo un agente educador de primer orden a través de los centros de atención primaria, de las escuelas ubicadas en los hospitales, de los servicios de rehabilitación de los mismos, de las consultas situadas en las penitenciarías o de los gabinetes médicos en los centros de atención a drogodependientes, etc. (Pino, 2001; Piédrola, 2003; Vigarello, 2009).

Otro ámbito de tradicional intervención educativa en cuanto a la salud es la familia. En ella y desde los primeros momentos de la vida, el niño realiza valiosos aprendizajes en torno a la salud, relativos a cómo alimentarse, cómo protegerse del frío o del calor excesivos, cómo asearse, cómo evitar ciertos peligros o cómo actuar en caso de accidentes, cómo evitar ciertas enfermedades, cómo circular respetando las normas de tráfico, etc.

El ingreso del niño en la escuela debería significar la continuidad y refuerzo de los aprendizajes prácticos realizados en el entorno del hogar. La escuela asume un creciente protagonismo en la educación para la salud, dado el elevado número de años y de horas diarias que el niño vive en ella. Y la intervención pedagógica se caracteriza o debería caracterizarse por la continuidad, la sistematización, la adaptación al nivel madurativo y a los aprendizajes previos del alumno.

Otro ámbito de importante influencia educativa sobre la salud es el de la comunidad local, (Subirats, 1999; Molina y Fortuny, 2003) a través de los diversos servicios de atención a los ciudadanos, entre los que se podrían recordar las actividades de tiempo libre: (deportivas, culturales, artísticas...), los centros de atención a personas mayores, las oficinas de información al consumidor, las instituciones de voluntariado.

## EL HOGAR: SU INFLUENCIA EDUCATIVA

Los primeros aprendizajes sobre la salud se realizan en el hogar. Y a la prioridad temporal de estos aprendizajes se suma su gran interés cualitativo, ya que poseen una considerable capacidad de permanencia a lo largo de la vida de la persona (Rosales, 2006).

La influencia del hogar no es en la actualidad tan amplia como en otros tiempos. Ello se debe al carácter reducido de la familia en estos momentos, generalmente compuesta por padre, madre e hijo. Se trata de familias nucleares, en las que ya no se encuentran generalmente los abuelos y en muchas ocasiones faltan también hermanos. En el caso de que padre y madre trabajen, el tiempo que permanecen en el hogar y que por lo tanto pueden dedicar a sus hijos es reducido, lo que determina que tengan que escolarizarlos a edades muy tempranas y a veces dejarlos al cuidado de personas que no pertenecen a la familia.

En estas circunstancias no obstante, los padres siguen siendo los principales responsables de la educación de sus hijos, especialmente en los primeros años de vida. Y esta educación se va a

desarrollar preferentemente a través de la comunicación, de la influencia de los modelos de estilos de vida que se practican en el hogar, de la naturaleza de las relaciones personales que se dan en el mismo y del tratamiento que se hace de diversos problemas relacionados con la salud.

La existencia de comunicación, constituye una condición imprescindible para todo tipo de aprendizaje en el hogar. A través de ella se comparten ideas, se transmiten estímulos para el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes. La práctica de la conversación requiere tiempos de coincidencia así como un clima de confianza y libertad de expresión. El niño ha de poder expresar sus problemas, plantear temas que le interesen y tener siempre la seguridad de que va a encontrar una actitud receptiva en sus padres.

La naturaleza de los estilos de vida en el hogar constituye otro factor de gran influencia educativa. Así, la regularidad de los horarios, con una adecuada combinación de periodos de trabajo y descanso, la práctica de deportes, una alimentación sana, no consumir sustancias como alcohol y tabaco, constituyen modelos fuertemente influyentes para la conformación en el niño de estilos de vida saludables.

La naturaleza de las relaciones interpersonales, en la medida en que se basen en el respeto a la persona y en la práctica de normas básicas de democracia frente al autoritarismo, constituye otro factor de notable influencia en la formación de valores de convivencia pacífica. Así, es muy probable que el niño adopte las mismas formas de comportamiento que observa en sus padres, en las relaciones que mantienen con los miembros de su propia familia y con otras personas pertenecientes a la misma o a distintas culturas.

## **EL SISTEMA EDUCATIVO**

De acuerdo con una filosofía de educación de calidad que se extienda a lo largo de toda la vida, la educación para la salud debería estar presente en todos los niveles y etapas del sistema educativo desde la infancia a la vida adulta (Delors, 1996).

A partir del reconocimiento de su interés en todas las etapas educativas, nos podemos preguntar si debe tener igual peso su presencia en unas que en otras. Una respuesta afirmativa se basaría en el supuesto de que en cada etapa el alumno presenta, en función de su nivel madurativo, distintas necesidades de aprendizaje, todas ellas importantes.

Ahora bien, existen motivos por los que la educación para la salud se vincula de manera predominante a las etapas de educación infantil (de cero a seis años) y de educación obligatoria (de seis a dieciséis años). En educación infantil, por constituir un periodo especialmente sensible a la adquisición de primeros aprendizajes, que tanto en el terreno del conocimiento como de las habilidades y actitudes, constituyen la base de muchos otros en el futuro.

En las etapas de educación obligatoria (educación primaria y secundaria obligatoria), porque constituyen el periodo de escolaridad que van a realizar todos los ciudadanos y hace posible por ello extender a toda la población una formación básica común en el terreno de la salud, lo que potencia una mayor igualdad de oportunidades.

En educación primaria se deberá promover la continuidad y consolidación de los aprendizajes realizados en educación infantil relativos al conocimiento del propio organismo y de las características del entorno social y cultural, al establecimiento de relaciones con el mismo, progresando en el comportamiento autónomo del alumno.

La educación para la salud, como otros temas de relevante interés social y educativo (consumo, medio ambiente, sexualidad, circulación vial...) carece de un espacio o área curricular propio y se desarrolla implícitamente a través del conjunto de áreas curriculares de carácter convencional. (MEC, 1993; Rosales, 1999, 2006). En este sentido no cabe duda que algunas de dichas áreas se prestan más al tratamiento de la educación para la salud. Así, en conocimiento del medio natural, social y cultural, el alumno puede llegar a saber cuáles son los factores de su entorno que potencian o perjudican su salud, que intervienen con mayor o menor intensidad en la determinación de sus estilos de vida. También podrá realizar importantes aprendizajes sobre su propio organismo y sobre sus formas de comportamiento en relación con el medio, sobre la necesidad de respetar el entorno natural considerando a la tierra como el hogar común de los seres vivos.

En educación física es importante que desde sus primeros años de escolaridad el niño capte la influencia positiva del ejercicio en la salud, y lo considere como una práctica que deberá consolidarse en sus hábitos de vida, que llegue a comprender cuáles son sus posibilidades y límites orgánicos y cómo se puede progresar con el entrenamiento...

La educación para la ciudadanía, presenta una fuerte influencia en el desarrollo de la salud afectiva y social de la persona. El conocimiento de los demás, el establecimiento de relaciones de comunicación, de colaboración, solidaridad con otros, están en la base del equilibrio emocional y social de la persona, en la actualidad considerados como factores clave de la salud.

## **COMUNIDAD LOCAL, COMUNIDAD EDUCADORA**

La comunidad local constituye el entorno social próximo a la persona y en él se han de hacer operativas las intervenciones que tengan su origen quizás en otros ámbitos como el estatal y regional, así como aquellas que surgen de la misma comunidad.

Los ayuntamientos pueden desempeñar en su propio ámbito, una función de coordinación, control y estimulación de iniciativas y actividades de todo tipo, procurando se correspondan con la diversidad de población a la que se dirigen.

En términos generales, la comunidad local deberá promover un clima general estimulante de estilos de vida saludable a fin de prevenir (atención primaria) posibles riesgos para la salud. Así, y tomando como referencia preferente a los niños y jóvenes, aunque es aplicable a todas las edades, parece conveniente que se programen y desarrollen actividades de carácter artístico, deportivo, cultural, solidario...

Por otra parte y ya a nivel de atención secundaria, las comunidades han de hacer posible un diagnóstico temprano y el tratamiento de problemas de salud mediante la existencia de centros de carácter general y especializado. Entre estos últimos por ejemplo, los dedicados al diagnóstico y

tratamiento de drogodependientes, en los que equipos de profesionales (médicos, psicólogos, educadores...) puedan atender de forma personalizada a quien lo necesite.

Finalmente, la comunidad ha de asumir también a nivel de atención terciaria responsabilidades en el terreno de la reinserción social de personas enfermas, así como el apoyo a sus familias.

El desarrollo en nuestro país de los ayuntamientos democráticos en época reciente (transición tras la dictadura) ha supuesto también el nacimiento y progresivo incremento de la participación ciudadana. Es en el ámbito local, en el que se ha manifestado con mayor intensidad por ser allí también donde se ponen de relieve más intensamente los problemas sociales y las posibles soluciones en su dimensión operativa (Subirats, 1999).

La participación de las comunidades locales y de los individuos dentro de ellas, en tareas educativas, tiene unos claros fundamentos europeos. Los Estados miembros del Consejo de Europa adoptaron en 1985 en Estrasburgo la Carta Europea de Autonomía Local, que fue ratificada por España en 1988. En ella se asume el principio de que la autonomía de las entidades locales y la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre importantes cuestiones que les afectan, constituyen instrumentos eficaces para potenciar la democracia.

En España la intervención educativa en las comunidades locales se apoya en leyes de carácter educativo promovidas por el Ministerio de Educación (MEC). Además, los ayuntamientos encuentran una base legal de apoyo para sus actuaciones en la legislación de régimen local. En este sentido, hay que hacer referencia a la *Ley Reguladora de Bases de Régimen Local* (Ley 7/1985, de dos de abril, B.O.E. n. 80, de tres de abril.).

Las referencias que se contenían en ella a la educación y a la salud eran pocas pero muy claras. Así, en el artículo 25 del capítulo dos, título segundo, se decía que el municipio podía promover actividades y prestar servicios para satisfacer necesidades y aspiraciones de la comunidad. En el artículo veintiocho de este mismo capítulo se reconocía a los municipios la capacidad de realizar actividades complementarias a las de otras administraciones públicas. Es evidente que aunque explícitamente no se citaba la educación para la salud, al citarse de forma general la educación y la sanidad, de forma implícita se la consideraba como una de las actividades a desarrollar.

En estos momentos, la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (2013, 25 m, n) contempla entre sus competencias las siguientes:

- m) *Promoción de la cultura y equipamientos culturales.*
- n) *Participar en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria y cooperar con las Administraciones educativas correspondientes en la obtención de los solares necesarios para la construcción de nuevos centros decentes. La conservación, mantenimiento y vigilancia de los edificios de titularidad local destinados a centros públicos de educación infantil, de educación primaria o de educación especial.*

En 1990 tuvo lugar el I Congreso Internacional de Ciudades Educadoras. (Ajuntament de Barcelona, 1991) Y en 1994 el III, en el que se creó la Asociación Internacional de Ciudades Educadoras, que tiene como finalidad la promoción de la Carta de Ciudades Educadoras, y a través de la misma, la colaboración, el estímulo e intercambio de proyectos y experiencias. En este importante

documento se estima que una ciudad puede considerarse educadora cuando asume además de las funciones tradicionales, la de estimular la educación de sus habitantes, especialmente niños y jóvenes.

Se considera que la elevación de la calidad de vida debe incluir, como uno de sus principales componentes la formación de las personas, y en este sentido, la ciudad educadora ha de coordinar y favorecer los instrumentos educativos de carácter formal y no formal, procurando que los ciudadanos puedan acceder a oportunidades de formación en condiciones de libertad e igualdad. La ciudad educadora ha de ser vigilante con los procesos de exclusión y marginación para neutralizarlos y evitar que la persona se pueda ver afectada por ellos.

### **MANIFESTACIONES DE COLABORACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Un análisis, por muy sencillo que se realice de la educación para la salud, pone de relieve la necesidad de una múltiple colaboración entre todos los agentes que en ella participan a fin de llevarla a término con éxito. Por ejemplo, según Rosales (2011):

- a) Entre los miembros de la familia y especialmente entre los padres, a fin de presentar modelos coherentes de actuación ante sus hijos.
- b) Entre padres y profesores, dado que es conveniente la existencia de continuidad entre aprendizajes que se realizan en el hogar y aquellos que se fomentan en el colegio.
- c) Entre profesores. La educación para la salud como el resto de los contenidos transversales presenta en la actualidad un tratamiento multidisciplinar, a través de las diversas áreas curriculares. Parece conveniente que se evolucione hacia un desarrollo interdisciplinar.
- d) Entre profesores y especialistas. La tarea educadora se perfila de forma progresiva como un trabajo en equipo en el que es necesaria la coordinación de esfuerzos. La relación del profesor con especialistas en psicopedagogía, en pedagogía terapéutica, en medicina y en sociología parece especialmente recomendable en la enseñanza de temas como el consumo de drogas, la formación sexual o el SIDA.
- e) Entre el colegio y el ayuntamiento, dadas las claras responsabilidades que tiene esta institución en el ámbito educativo.
- f) Entre colegios y asociaciones de voluntarios. Diversas organizaciones de este tipo elaboran y ponen a disposición de los colegios programas de formación en temas de salud y material didáctico adaptado a su utilización en diversos niveles de enseñanza.
- g) Entre administraciones. Como se ha indicado, existen actuaciones administrativas a nivel nacional, autonómico y local.
- h) Entre los medios de comunicación social, los colegios y las familias. Dado que el niño y el joven permanecen una cantidad considerable de tiempo ante las pantallas, es necesario que en las franjas horarias de mayor audiencia por ellos, se emitan programas con valores formativos, reduciendo contenidos en publicidad y violencia.

## **APROXIMACIÓN A LOS ESTILOS DE VIDA DE ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

En esta parte de nuestro trabajo presentamos a modo de ejemplo, algunas características de estilos de vida correspondientes a alumnos/as pertenecientes a educación primaria. Partimos de la realización de relatos sobre las características de vida de alumnos/as en los que se recogen datos de manera específica sobre sus actividades a lo largo de una jornada normal en el hogar, el colegio y la comunidad. La realización de estos relatos corre a cargo de estudiantes de segundo curso del Grado de Maestros de Educación Primaria. Nuestra intención al proponerles esta actividad, a desarrollar en clases interactivas ha sido estimular su aprendizaje sobre características de los estilos de vida y la salud de los niños/as que en un futuro próximo serán sus alumnos.

Los instrumentos propuestos para esta tarea fueron la observación de las conductas de los alumnos y la aplicación de una entrevista semiestructurada adaptable al propio alumno, a sus padres/madres y a su tutor/a.

La información recogida por cada equipo de futuros maestros sobre un niño/a en particular, se ha explicado y compartido en sesiones de seminario (clases interactivas), al objeto de enriquecer la capacidad de análisis y reflexión sobre los casos estudiados. Finalmente, cada equipo ha ensayado la realización de una aproximación al diagnóstico de la salud física, mental y social del niño/a estudiado y ha propuesto posibles orientaciones de mejora.

Consideramos que como resultado de esta actividad, los maestros en formación, autores de los relatos correspondientes, han adquirido una amplia diversidad de conocimientos en torno a características de sus futuros alumnos.

### **Protagonistas**

Hemos estudiado a seis niños y cuatro niñas pertenecientes a un nivel socioeconómico y cultural medio y de forma equilibrada a los contextos rural y urbano. Sus edades se corresponden al periodo de educación primaria, entre los seis y los doce años con nivel académico de tipo medio y bueno en general.

El carácter de los niños se describe de forma predominante con los términos de extrovertido y alegre, seguidos de multitud de matices como activo, imaginativo, tranquilo, dulce, tierno, amable... y también con los de celoso, caprichoso, despistado, vago, mandón y posesivo.

El carácter de las niñas se describe con términos como tímida, extrovertida, alegre e inquieta y otra amplia serie de matices como independiente, presumida, sociable. Coinciden pues niños y niñas en rasgos como extrovertido/a y alegre. En las niñas se destaca también la timidez, que en algunos casos se vincula a falta de confianza, pudiéndose dar en la misma persona manifestaciones de carácter extrovertido y sociable en otras circunstancias.

Las expectativas de futuro de niños y niñas se vinculan en general con los modelos de sus padres y la influencia del contexto, sobre todo el rural (quieren ser trabajador forestal, biólogo/a, veterinario/a...) Más raramente se citan otras profesiones como diseñadora, profesora, dentista o cantante.

### **Desarrollo de una jornada normal**

El análisis de una jornada normal de los niños y niñas estudiados, da a conocer la existencia en todos ellos de una secuencia de actividades y horarios muy semejantes. Generalmente se levantan entre las 8 y 8,30 h y se acuestan entre las 10 y 10,30 h, con lo que en principio, se está respetando un periodo para el descanso/sueño en torno a las 10 horas. Tan solo en un caso este horario es diferente pues el niño se levanta a las 7,30 y se acuesta a las 11, con lo que su periodo de sueño se reduce en hora y media respecto a los demás.

La mañana aparece ocupada en todos los casos por la asistencia al colegio, en el que los niños/as permanecen de cuatro a cinco horas. Tan solo en el caso de una niña, por el trabajo de sus padres, se la lleva primero a la ludoteca, de 8,30 a 9,30 y después al colegio.

Los viajes de ida y vuelta al colegio se realizan en autobús (4), los llevan familiares (4) o van andando (2).

En ocho casos los niños y niñas comen con sus padres o abuelos y en dos en el comedor del colegio.

Las tardes aparecen ocupadas por la realización de deberes (actividad citada en todos los casos), por sesiones de clase en el colegio con una duración entre hora y media y dos horas (4), la realización de actividades extraescolares dos días por semana como ajedrez, pintura, inglés o gimnasia rítmica (5) y el resto del tiempo dedicado a juegos diversos, estar con sus hermanos, salidas con los amigos/as, ver la televisión, jugar con el ordenador y otros instrumentos, etc.

El análisis individualizado de estilos de vida pone de relieve la existencia de importantes contrastes en la ocupación del tiempo, sobre todo en las tardes. Así, la niña M. Q. R., de 11 años (2) se levanta a las 7,30 h, acude de 8,30 a 9,30 a la ludoteca, de 9,30 a 13,30 al colegio, come de 13,30 a 15,30 y de 15,30 a 17,45 de nuevo acude al colegio. Dos días a la semana realiza en el colegio actividades extraescolares, de 18 a 19 h. Además, por las tardes en su hogar realiza los deberes y finalmente en el escaso margen de tiempo que queda, juega en el parque con sus amigos/as o ve la televisión, acostándose a las 10 h. Se trata de un horario evidentemente sobrecargado de actividades institucionalizadas, en el que queda poco margen para la realización de actividades de iniciativa personal, aun cuando podamos considerar que sus actividades de ludoteca y extraescolares sean más libres.

En el extremo opuesto, se encuentra el caso de la niña M. D. A., de 11 años (10) que se levanta a las 8 h. y ocupa la mañana con las clases del colegio, de 9 a 14; por las tardes, después de comer ve la tele, realiza sus deberes, lee y estudia y habla y juega con su familia sin realizar actividades institucionalizadas.

No obstante, en el resto de los casos estudiados se dan situaciones intermedias, en las que el niño/a o bien acude al colegio para tener clase o realizar actividades extraescolares o asiste a otro tipo de instituciones, incluso a una academia para realizar los deberes (4)

### **Características de su vida familiar**

En este apartado hemos estudiado características relativas a la composición de la familia, a la naturaleza de las relaciones de convivencia del niño/a en ella, a las responsabilidades que tiene en el hogar y a sus actividades del ocio en el mismo.

En ocho casos los niños y niñas viven en un hogar constituido por sus padres y otro hermano/a. En dos casos son hijos únicos. En cuatro hogares, con o sin hermanos, conviven sus abuelos, generalmente maternos y en dos hogares conviven con un tío o tía.

Las relaciones con sus padres se consideran positivas en seis casos. En cuatro se discrimina entre el padre y la madre. La relación con la madre es en los cuatro casos más consistente y positiva bien porque el padre está más ausente del hogar (en función del trabajo) o porque es más exigente con el niño/a.

Dentro de los cinco casos, en los que tiene un hermano, la relación con el mismo se considera muy positiva en dos, en otros dos normal y en uno negativa.

En todos los hogares en los que conviven abuelos, las relaciones, con ellos se consideran positivas o muy positivas. También se estiman positivamente las relaciones con los tíos.

Las responsabilidades de los niños y niñas en el hogar oscilan en la mayoría de los casos (8) en poner y recoger la mesa y ordenar su habitación, sin que en ellas se pueda diferenciar claramente entre tareas encomendadas a niños y a niñas.

Además de estas responsabilidades, prácticamente comunes, se citan de manera específica en dos casos las de limpiar el polvo, fregar la loza del desayuno y ayudar al abuelo en el jardín y una sola vez tareas muy concretas como cambiar el agua a los peces, pasar el cortacésped, guardar leña, cuidar a su hermano, lavar al perro, hacer algo en la cocina...

El tiempo libre en el hogar, generalmente por las tardes y tras la realización de los deberes, actividades extraescolares y otras obligaciones, los niños y niñas lo emplean en jugar con el ordenador (5) y otros instrumentos electrónicos (videoconsola, wii, *tablet*, etc.) y en ver la televisión (6) en programas de dibujos animados, infantiles en general, de humor y fútbol.

En menor proporción se citan juegos de asociación (juegos de mesa en familia, juegos con su hermano/a), juegos que requieren actividad física (jugar con la pelota en el jardín, bailar y cantar, cuidar a su perro), juegos con juguetes convencionales (casitas, tiendas, muñecas) y lectura (libros de aventuras y animales).

### **Características de la vida en la escuela y otras instituciones**

En siete casos los colegios a los que acuden son públicos e imparten las etapas de infantil y primaria. Hay dos colegios concertados religiosos y un instituto de educación secundaria.

Los niños y niñas declaran mayoritariamente (7) que están satisfechos con ellos. Y con las relaciones que mantienen con sus profesores y compañeros/as. Tan solo en tres casos la satisfacción

es media o baja. Así, una niña de siete años manifiesta que no está satisfecha del todo con su colegio porque querría que tuviese un patio más grande (8). Un niño de 12 años que asiste a un colegio concertado religioso declara estar poco satisfecho con la escuela ya que algunos profesores son poco agradables (7). Un niño de 10 años dice que no le gusta ir al colegio por las experiencias de maltrato vividas con ciertos profesores (10)

La actividad de los alumnos en las aulas se caracteriza por la naturaleza de las relaciones con sus compañeros y profesores, las tareas que realiza y el cumplimiento de normas.

En cuanto a las relaciones personales, siete alumnos declaran llevarse bien con sus compañeros y cinco también con sus profesores. Un alumno cree que la naturaleza de estas relaciones depende del carácter de las personas y otro afirma que en su caso las relaciones son peores con los profesores que con los compañeros.

En cuanto a la realización de tareas en el aula, cuatro niños y niñas consideran que las llevan a cabo con eficacia, dos que depende de las materias, otro que no se encuentra motivado y otro que intenta realizarlas correctamente pero no siempre lo consigue. Algo parecido puede decirse respecto al cumplimiento de reglas. Tan solo en dos casos se afirma explícitamente que no las cumplen y que por ello les llaman la atención en clase.

Los recreos constituyen un buen momento para la relación entre iguales y el desarrollo de vínculos de compañerismo y amistad. Tanto niños como niñas juegan en el recreo en grupos con otros compañeros/as. Con referencia a los niños se citan con mayor frecuencia el fútbol, balonmano, gormitis y peonzas. Las niñas juegan a la comba, la mariola, cantar y bailar, el escondite, policías y ladrones, twister y la raiola. Se destaca tanto en chicos como en chicas la frecuente cita de juegos tradicionales.

### **Salud física y control sanitario. Alimentación**

Los diez niños estudiados han recibido las vacunas obligatorias y han realizado controles médicos con regularidad, y de manera especial en los casos en que son estrictamente necesarios. En términos generales manifiestan poseer una salud normal o buena, destacándose, no obstante, cuestiones como las siguientes:

- Un niño de 10 años necesita un tratamiento de ortodoncia en cuanto se encuentre en condiciones de llevar un aparato. (1)
- Una niña de siete años presenta una desviación de columna, por lo que debe realizar ejercicios en la piscina. (2)
- Una niña de doce años tiene miopía y tendencia a padecer caries, por lo que la visita al oftalmólogo y al dentista deben ser relativamente frecuentes. (3)
- Un niño de 11 años, con un metabolismo muy activo presenta una delgadez considerable, lo que a su vez parece estar repercutiendo psicológicamente en él. (4)

- Un niño de diez años ha tenido ya dos roturas de huesos por otras tantas caídas (5)
- Un niño de 8 años sufrió un golpe por el que se le produjo una herida en la que tuvo que recibir varios puntos. (6)
- Un niño de 12 años tiene asma y ha de llevar con él un inhalador. Este mismo niño presenta intolerancia a la lactosa. (7)
- Una niña de diez años sufre frecuentes infecciones de orina, lo que implica tratamiento con antibióticos. (10)

La alimentación de estos niños está constituida en ocho casos por cinco comidas al día (desayuno, media mañana, mediodía, merienda y cena); tan solo en dos casos se citan menos de cinco. Uno de ellos en concreto, es una niña de 12 años que no desayuna.

En general, los desayunos están constituidos por zumo, leche, leche y cola cao o café, cereales, galletas o tostadas. En el recreo escolar de la mañana y en la merienda por la tarde suelen comer bocadillos.

La comida de mediodía es la más fuerte. En prácticamente todos los casos se suele calificar de variada (carne, pescados, verduras, fruta, legumbres...). En el caso de una niña que come en el colegio también se afirma que es variada y equilibrada. La cena en todos los casos es más ligera que la comida de mediodía. A veces tiene componentes parecidos al desayuno. En otros casos se dice que es parecida a la comida pero en menor cantidad.

En el análisis de la alimentación, parece necesario destacar de manera específica:

- En los recreos de las mañanas y en las meriendas de las tardes predominan los bocadillos de embutidos, pero casi no se menciona la fruta.
- Las cenas, en la mayoría de casos parecen excesivamente ligeras o constituidas por la misma comida de mediodía.
- En dos de los diez casos no se realizan cinco comidas y concretamente en uno de ellos (3) la falta del desayuno afecta de manera importante a la alumna.

### **Autoconcepto e integración social**

Entre los diez casos estudiados, seis niños/as presentan un autoconcepto y autoestima globalmente positivos, mientras que en otros cuatro casos son solo parcialmente positivos (en unos aspectos de su vida, si, en otros no). Así, a un niño le gustaría destacar más en fútbol, otra niña piensa que no es muy lista y que debe aprender mucho más, otra se considera muy bien en el terreno escolar pero no tanto en el familiar. Finalmente, una niña presenta gran desconfianza hacia si misma y hacia las personas con las que se relaciona.

Siete de los diez niños/as manifiestan expectativas a largo plazo: de mayores quieren ser biólogos/as, veterinarios/as, profesores/as, diseñador/a o técnico en informática.

En tres casos las expectativas se vinculan a metas a corto plazo como aprender a patinar, mejorar las calificaciones del colegio o jugar mejor al fútbol.

La integración social de los niños/as estudiados es en siete casos positiva. Se integran bien con sus amigos, compañeros, familiares y personas mayores en general. Dentro de este grupo de siete, en dos casos se dice que respetan a los mayores y que quieren aprender de ellos y en tres casos se afirma que es altruista, que se presta voluntario para ayudar a los demás o que no tiene sentido de la competitividad.

Por otra parte, se dan tres casos en los que la integración social es más problemática. Dos niñas presentan un carácter tímido y egocéntrico y les cuesta abrirse a la interacción con personas no conocidas. Solo se encuentran a gusto con vecinos o compañeros más cercanos. En otro caso se afirma que la niña se abre a las relaciones con otras personas pero no de manera altruista sino buscando beneficios.

### **Aproximación al diagnóstico sobre salud del niño/a**

El conocimiento de las características anteriores (cómo se desarrolla una jornada normal, cual es la naturaleza de la vida del niño/a en el hogar, en la escuela, en la comunidad, cómo se alimenta, cuales son sus enfermedades y asistencia sanitaria, cual es su autoconcepto y sus formas de integración social), tuvo como consecuencia natural que los maestros en formación realizaran un intento de diagnóstico sobre la salud del alumno y sugirieran orientaciones para la mejora de la misma. Por ejemplo, en el caso 6, Adrian, niño de 8 años perteneciente al medio rural, clase social media, se dice:

*Adrian en cuanto a su salud física, es un niño sano ya que no se pone enfermo con frecuencia y no tuvo ninguna enfermedad salvo cuando era un recién nacido y no lleva una vida sedentaria, pues está en continuo movimiento y sigue una dieta sana y equilibrada.*

*Su vida social es como la de un niño de su edad totalmente integrado en su comunidad, en su colegio, etc. Se relaciona con todo su entorno, amigos, profesores, vecinos... nunca tuvo ninguna disputa con nadie ni ningún problema de sociabilidad ya que tiene un buen carácter para darse con la gente. Es un niño muy tranquilo y cariñoso que le encanta aprender cosas nuevas, por lo que es muy curioso.*

### **CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**

- La educación para la salud puede desarrollarse en todos aquellos ámbitos en los que vive la persona. En la etapa de educación primaria, de seis a doce años, son básicamente tres los contextos de vida del niño/a: la familia, la escuela y la comunidad próxima.
- Lejos de pensar en una intervención independiente, en el terreno de la educación para la salud como en otros temas educativos, se pone de relieve la necesidad de una coordinación entre los agentes implicados.

- A partir del estudio de estilos de vida de diez niños y niñas de educación primaria pertenecientes a los medios rural y urbano y con un nivel socioeconómico medio, se desprende una mayor influencia de la familia y la escuela y un escaso protagonismo de la comunidad próxima en su educación para la salud.
- El estudio de una jornada normal de estos niños/as nos da a conocer la existencia de una sobrecarga de actividades dirigidas (toda la mañana y parte de la tarde), en gran medida programadas o propuestas por sus padres y tutores y con una escasa participación de los niños/as.
- El análisis de responsabilidades de los niños/as en ambos contextos (familia y escuela), revela en términos generales, la realización de una mínima serie de tareas por propia iniciativa, lo que estaría en el fondo de un escaso estímulo al desarrollo de su autonomía.
- La concentración de los ratos de ocio en torno a la utilización de la televisión y nuevas tecnologías, puede repercutir en problemas de descenso de creatividad y de integración directa en el grupo (familia, amigos, compañeros...).
- La preocupación por la salud física del niño a través de cuidados médicos, alimentación, higiene o el ejercicio, deben acompañarse por una atención también importante a su salud mental y social, mediante la creación de climas estimulantes de una autoimagen y un autoconcepto positivos, así como del incremento de las relaciones gratificantes a nivel interpersonal y grupal.
- La recogida de datos sobre los diez niños/as por alumnos de segundo curso del Grado de Maestro en Educación Primaria, y su posterior análisis en clases interactivas de la disciplina de *diseño, desarrollo e innovación curricular*, ha estimulado en ellos una aproximación al conocimiento de características de sus futuros alumnos y ha permitido que pudieran reflexionar sobre diversos temas de esta y otras materias de su plan de estudios.
- Se hace necesario ampliar el conocimiento sobre los estilos de vida de niños y niñas de educación infantil y primaria. De manera específica, sobre cómo se conforman estos estilos, cómo influyen en su salud física, mental y social, cuál es la responsabilidad de la familia, de la escuela y la comunidad y cómo pueden estos tres agentes coordinarse en su influencia sobre los niños/as.
- Es necesario asimismo, potenciar en el futuro educador un conocimiento más completo de las características de quienes van a ser en un futuro próximo sus alumnos, desde el supuesto de que la escuela constituye un contexto importante de vida del niño/a, en el que no solo va a realizar aprendizajes convencionales, sino también desarrollar actitudes, sentimientos, valores de notable relevancia a corto y largo plazo. La educación para la salud en la escuela está en la base de un autoconcepto positivo, de una integración social satisfactoria, de una actitud positiva hacia el ejercicio físico, la higiene y la alimentación equilibrada, así como de la prevención de enfermedades contagiosas y drogodependencias.

**REFERENCIAS**

- Ajuntament de Barcelona (1991). *Primer Congreso Internacional de Ciudades Educadoras. Documentos finales*. Barcelona: Ajuntament.
- Coleman, J. (2009). Well-being in schools: Empirical measure or politician's dream? *Oxford Review of Education*, 35 (3), 293-311. <http://dx.doi.org/10.1080/03054980902934548>
- Costa, M. (2008). *Educación para la salud: Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Pirámide.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana/UNESCO
- Faure, E. (1974). *Aprender a ser: La educación del futuro*. Madrid: Alianza.
- Federación Española de Municipios y Provincias (1987). *La participación ciudadana en el municipio*. Madrid: FEMP
- García, A. et al. (2000). *Educación para la salud: La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- Hargreaves, A. (2003). *Enseñar en la sociedad del conocimiento*. Barcelona: Octaedro.
- Ley 7/1985 de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. BOE n. 80, de 3 de abril.
- Ley 14/1986 de 26 de abril, General de Sanidad. (B.O.E. n. 102, 29-IV-1986)
- LOGSE: Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. B.O.E. n. 238 de 4 de octubre.
- LOE: Ley Orgánica 2/2006 de Educación. BOE nº.106 del 4-V-2006)
- LOMCE: Ley Orgánica 8/2013 de 9 de diciembre para la mejora de la calidad educativa. BOE n. 295 de 10-XII-2014
- Ley 77/2013 de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. BOE n. 312 de 30-XII-2013.
- Martín, D. (2002). *La educación para la salud en la escuela en la Unión Europea: Modelos, instituciones y programas*. Salamanca: Universidad.
- M.E.C. (1993). *Temas transversales y desarrollo curricular*. Madrid: Publicaciones del MEC.
- Molina, Mª y Fortuny, M. (2003). *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención*. Barcelona: Laertes.
- O.M.S. (1984). *Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra.
- Perea, R. (coord.) (2009). *Promoción y educación para la salud: tendencias innovadoras*. Madrid: Díaz de Santos.
- Perrenoud, Ph. (2010). *Cuando la escuela pretende preparar para la vida*. Barcelona: Graó.
- Piédrola, G. et al. (2003). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson.
- Pino, M. (2001). *La educación para la salud: marco teórico y desarrollo curricular*. Vigo: Tórculo.
- Rebollo, R. (2008). *Educación familiar*. Sevilla: Mergablum.
- Ruiz, C. (2006). *Formación de formadores en educación para la salud*. Mérida: Junta de Extremadura.
- Rosales, C. (1999). *Textos para la enseñanza de los temas transversales*. Santiago: Tórculo.
- Rosales, C. (2006). *Perspectivas de educación para la salud*. Santiago: Tórculo.
- Rosales, C. (2011). Educación para la salud, tarea compartida. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciències de l'Educació*. XXXVI, p. 25-40.

- Subirats, J. (1999). *¿Existe sociedad civil en España? Responsabilidades colectivas y valores públicos*. Madrid: Fundación Encuentro.
- Vigarello, G. (2009). *Lo sano y lo malsano: historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada
- Villa, J. (2006). *Antecedentes y concepto de educación para la salud: Documento de apoyo a las actividades de educación para la salud*. Mérida: Junta de Extremadura.