

# **BORDÓN**

## Revista de Pedagogía



Volumen 67  
Número, 2  
2015

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDAGOGÍA**

# LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS PROGRAMAS DE INICIACIÓN PROFESIONAL

## *Health education in initial professional programmes*

PEDRO ARAMENDI JAUREGUI, KARMELE BUJAN VIDALES Y ROSA ARBURUA GOYENECHÉ  
*Universidad del País Vasco*

DOI: 10.13042/Bordon.2015.67203

Fecha de recepción: 16/02/2014 • Fecha de aceptación: 08/07/2014

Autor de contacto / Corresponding Author: Pedro Aramendi Jauregui. E-mail: pello.aramendi@ehu.es

---

**INTRODUCCIÓN.** Este artículo presenta las percepciones del profesorado de los Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) del País Vasco en torno a la educación para salud. **MÉTODO.** La investigación es de tipo cuantitativa y ex post facto y tiene por objeto describir los procesos de implementación de los proyectos de educación para la salud en los centros educativos. **RESULTADOS.** Los resultados obtenidos señalan que los docentes deben capacitar al alumnado para tomar decisiones responsables en torno a la salud. Aunque los temas relacionados con la educación para la salud son importantes para el profesorado, estos reconocen que se imparten de forma esporádica y poco sistemática en las aulas. Finalmente, a la hora de analizar la colaboración existente entre las organizaciones sociales y educativas, se constata que los servicios sociales de base y las instituciones del sector social son los que más se implican en el apoyo a estos programas. Los centros de profesorado, las Consejerías de Educación y Sanidad, el voluntariado, la universidad y la inspección educativa colaboran muy poco con los docentes de los Programas de Cualificación Profesional Inicial en las labores preventivas y educadoras. **DISCUSIÓN.** Resulta preocupante, por tanto, que instituciones educativas donde se invierten tantos recursos aporten tan poco en un aspecto fundamental del desarrollo de las personas. Si la escuela pretende fomentar el desarrollo integral del alumnado debe abordar necesariamente las cuestiones relacionadas con la salud de forma integrada en su proyecto educativo y curricular, y coordinada con las demás iniciativas desarrolladas en la sociedad.

**Palabras clave:** *Educación para la salud, Iniciación profesional, Adolescencia, Drogas, Desarrollo integral.*

---

## **Los programas de iniciación profesional: a caballo entre la LOE y la LOMCE**

Los Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) constituyeron una de las novedades introducidas por la anterior Ley Orgánica de Educación (2006). Estos programas han permitido alcanzar una cualificación profesional de nivel 1 a los alumnos y alumnas que a los 16 años no han completado la Educación Secundaria Obligatoria, acreditándoles para el desarrollo de una determinada profesión. Además, como novedad importante, ofrecieron a los estudiantes la posibilidad de obtener el título de graduado de educación secundaria.

Estos programas también han aportado a los estudiantes la cualificación profesional necesaria para acceder al mundo laboral, con las siguientes finalidades:

- Desarrollar y consolidar la madurez personal del joven para el desarrollo pleno como persona en una sociedad multicultural y democrática.
- Posibilitar la incorporación de los jóvenes a la vida activa (mediante el dominio de las técnicas y conocimientos básicos de un oficio profesional).
- Preparación para la reinserción en el sistema educativo, especialmente a través de la prueba de acceso a los ciclos formativos de grado medio de formación profesional (Orden 10-VI-2008).

La Ley Orgánica 8/2013 para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) cambia la denominación “Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI)” por “Formación Profesional Básica”. La ley, en el artículo 21, afirma que el equipo docente podrá proponer a los padres, madres o tutores legales la incorporación del alumno o alumna a un ciclo de Formación Profesional Básica cuando el grado de adquisición de las competencias así lo aconseje, siempre

que cumpla los siguientes requisitos del artículo 34 que son los siguientes:

- Tener cumplidos 15 años, o cumplirlos durante el año natural en curso, y no superar los 17 años de edad en el momento del acceso o durante el año natural en curso.
- Haber cursado el primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria o, excepcionalmente, haber cursado el segundo curso de la ESO.
- Haber propuesto el equipo docente a los padres, madres o tutores legales la incorporación del alumno o alumna a un ciclo de Formación Profesional Básica.

El artículo 35 de la ley regula el contenido y la organización de la oferta de Formación Profesional Básica. Tanto la oferta curricular como la organización de los programas se asemejan bastante a los Programas de Cualificación Profesional Inicial de la legislación anterior. Los ciclos de Formación Profesional Básica tendrán una duración de dos años y el alumnado podrá permanecer en estos programas durante un máximo de cuatro cursos.

Uno de los grandes retos de la LOMCE es dar una respuesta educativa a estos jóvenes que no han logrado los conocimientos básicos de la educación obligatoria. En general, el alumnado que llega a los programas de iniciación profesional acarrea consigo grandes dificultades: falta de motivación, interés y hábitos de estudio, carencia de respeto con las normas y los límites, un fuerte sentimiento de fracaso, baja autoestima académica y personal, y dificultades mal afrontadas en la escolarización. Desde el compromiso con la educación inclusiva no se puede consentir la exclusión escolar de ningún menor, y dejar de atender sus necesidades educativas dentro del sistema educativo. Lo exige su derecho a la educación (González, Sevillano y Rey, 2007).

Por lo tanto, la nueva Formación Profesional Básica deberá convertirse en un recurso mediador

más para responder a las necesidades formativas de un numeroso colectivo de estudiantes en riesgo de exclusión educativa y social. La mediación educadora de estos programas y de los docentes tiene mucho que aportar en relación con la formación integral del alumnado para impulsar su socialización, su inserción laboral y el desarrollo de un proyecto de vida saludable.

### **Los programas de iniciación profesional y su compromiso con la salud**

Preocupan hoy como nunca los estilos de vida y las conductas de riesgo de los adolescentes, dada su influencia en su desarrollo personal y social, y de forma especial, las relacionadas con la educación para la salud (consumo de drogas, trastornos de la alimentación, adicciones...). Sin embargo, se echa en falta un compromiso más profundo y coherente con sus objetivos por parte de la clase política, de la Administración y del sistema educativo en general. Si repasamos las diferentes leyes orgánicas del ámbito educativo, promulgadas desde el inicio de siglo, se puede afirmar que, salvo excepciones, no han hecho demasiado hincapié en la educación para la salud.

La Ley Orgánica 10/2002, de calidad de la Educación (LOCE), en el artículo 22, hacía una breve mención sobre la promoción de la salud en la ESO en los siguientes términos: “Conocer el funcionamiento del propio cuerpo, para afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la práctica del deporte, para favorecer el desarrollo en lo personal y en lo social”.

Con la entrada en vigor de la LOE (2006), y la puesta en marcha de la enseñanza por competencias, la educación para la salud tiene un espacio propio en el currículo. En el artículo 2 (e), sobre los fines de la educación, se afirma lo siguiente:

“La formación para la paz, el respeto a los derechos humanos, la vida en común, la cohesión social, la cooperación y solidaridad entre los pueblos así como la adquisición de valores que propicien el respeto hacia los seres vivos y el medio ambiente, en particular al valor de los espacios forestales y el desarrollo sostenible”.

Y en el mismo artículo, en el apartado (h) se asume como finalidad:

“La adquisición de hábitos intelectuales y técnicas de trabajo, de conocimientos científicos, técnicos, humanísticos, históricos y artísticos, así como el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte”.

En Euskadi, el Currículum del País Vasco (Decreto 175/2007, de 16 de octubre, artículo 6.2) recoge una expresiva referencia al tema de la salud. Al igual que la LOE, insta a fomentar los hábitos de vida saludables:

“Aprender a vivir responsablemente de forma autónoma, aprendiendo a conocerse uno mismo, a cuidar la salud mental y física propia, y a desarrollar hábitos saludables, sintiéndose seguro. Aprender a disfrutar de forma responsable de la naturaleza y de los recursos naturales, patrimonio de toda la humanidad y de las generaciones actuales y futuras”.

La Ley Orgánica 8/2013 para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) no hace referencia alguna en torno a la educación para la salud en la enseñanza obligatoria. Solamente en el artículo 33 apartado f, referido a los objetivos de la Formación Profesional, afirma lo siguiente: “La enseñanza contribuirá a que el alumnado consiga los resultados de aprendizaje que le permitan trabajar en condiciones de seguridad y salud, así como prevenir los posibles riesgos derivados del trabajo”.

Por otra parte, intervenciones más específicas como el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD,

2013), hacen hincapié en la importancia de la formación de los profesionales de la educación, la difusión de buenas prácticas y la coordinación entre comunidades autónomas. En el apartado cuarto hace referencia a la mejora del conocimiento básico y aplicado en este tema, valiéndose del incremento de estudios relacionados con la promoción de la salud.

En el plano internacional, se han realizado investigaciones de interés en diferentes países. En este sentido, Teesson, Newton y Barrett (2012) afirman que los programas desarrollados en la enseñanza secundaria para prevenir el consumo de alcohol, cannabis y tabaco han sido eficaces en el contexto australiano. Estos programas son universales y se basan en principios de aprendizaje social. Los autores afirman que los programas de educación para la salud necesitan más investigaciones que evalúen su impacto. En Alemania, Piontek, Kraus, Pabst, Muller y Legleye (2009) creen que la identificación de las personas con consumo problemático es de gran importancia para ofrecer intervenciones educativas tempranas orientadas a la prevención. En México, García y Ferriani (2008) afirman que la misma escuela puede ser un factor de riesgo si no se provee un medio ambiente sano. Los planes de prevención desarrollados en la educación secundaria deben tener en cuenta este aspecto. En los EE.UU., Faggiano, Vigma-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino y Lemma (2008) opinan que la reducción del consumo de drogas en la educación secundaria se debe, en mayor medida, a variables afectivas que al conocimiento de programas de prevención.

No obstante, no se puede obviar la importancia de los programas de prevención comunitaria para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía. En este sentido, Weisz, Sandler, Durlak y Anton (2005) proponen la integración de la intervención y la prevención en un modelo basado en la comunidad. En la misma línea, Brownson, Haire-Joshu y Luke (2006), después de analizar varios programas eficaces de

prevención, concluyen que las políticas de prevención deben impulsar los enfoques integrales, desarrollados en ámbitos diversos y orientados hacia el contexto local. En definitiva, el fomento de la acción comunitaria, ubicada en un marco de actuación ecológico, es imprescindible para desarrollar programas preventivos en el ámbito de la salud (Anderson, Chisholm, Fuhr, 2009; Story, Kaphingst, Robinson-O'Brien, Glanz, 2008).

A nivel nacional, no abundan investigaciones sobre este tema que nos aproximen a la práctica educativa real de los profesores y profesoras en los centros escolares de educación secundaria. En uno de los primeros estudios realizados a nivel estatal (Megías, Comas, Elzo, Navarro y Vega, 1999), ya se reflejaban datos significativos en torno al escaso arraigo de la educación para la salud en los proyectos educativos de centro. El 68,8% de los profesores y profesoras había abordado de forma muy puntual la prevención sobre el alcohol y las drogas ilegales en su clase. Solamente un 37,5% había impartido el tema de la educación para la salud de una manera sistemática en su asignatura. Apenas el 24,8% de las actuaciones de prevención sobre alcohol y drogas en clase habían sido realizadas en el contexto de un proyecto consensuado por el claustro de profesores.

Salvador y Suelves realizan aportaciones relacionadas con los criterios de calidad que deben cumplir los proyectos de educación para la salud. La primera de ellas presenta un diagnóstico de la situación actual en cada comunidad autónoma (Salvador, 2008a). Una segunda publicación ofrece la explicación teórica de los criterios de calidad estudiados y un ejemplo de cómo aplicarlos en los proyectos de educación para la salud (Salvador, 2008b). Y la tercera, resumen del anterior documento, muestra los criterios a tener en cuenta por parte del profesorado (Salvador y Suelves, 2009). Sin embargo, no hay constancia alguna de que se haya realizado un seguimiento de su aplicación en los centros educativos.

Por lo que se refiere al País Vasco, una primera investigación sobre la aplicación de programas educativos en centros escolares de Euskadi (Vega, 2000), aportó datos similares al estudio de Megías y otros (1999), citado anteriormente. La educación para la salud, como área transversal, no está asumida en más de la mitad de las instituciones escolares, y tan solo uno de cada diez profesores y profesoras afirma que está contemplada en el proyecto educativo de centro. Los docentes han trabajado la educación para la salud en la mayoría de los casos (más de la mitad) de forma puntual, mientras que casi uno de cada cinco docentes ni siquiera abordó de forma sistemática y rigurosa este tema. En cuanto a las drogas, más de la mitad de los docentes ha llevado a cabo alguna intervención esporádica y uno de cada cinco dice no haber hecho nada al respecto. En definitiva, los centros no asumen en sus proyectos de centro las cuestiones relacionadas con las drogas. En general, prevalece un trabajo puntual y poco sistemático. Estos datos se confirman en estudios posteriores llevados a cabo por Laespada (2004) y Elzo (2008).

En el caso específico de los programas de iniciación profesional, hasta el momento, existen pocas investigaciones en relación a la educación para la salud. Vega (2010), respecto al consumo de drogas de los estudiantes de los PCPI, afirma que las sustancias más consumidas por estos jóvenes son el alcohol, el tabaco, la marihuana y el hachís. Los chicos consumen más alcohol, tabaco, marihuana, hachís, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables que las chicas. En este estudio, el profesorado afirma que le parece interesante el abordaje de temas como la alimentación, la nutrición, la higiene, la actividad física, la sexualidad y las relaciones afectivas, la seguridad y la prevención del consumo de drogas, accidentes y enfermedades. Sin embargo, confiesa que no imparte habitualmente estos temas en las áreas curriculares.

La actual situación de los programas de iniciación profesional hace muy difícil desarrollar

una mediación educativa planificada y coordinada de forma transversal, fundamentalmente, por la existencia de un diseño curricular disciplinar, la falta de tiempo, la burocratización de estos programas y la escasa importancia concedida a la educación para la salud en el currículum. En este sentido, el Ararteko (2011) afirma que se debe mejorar la coordinación entre todas las instancias que trabajan en este campo y avanzar en la prevención selectiva, dirigida específicamente a determinados sectores de la población adolescente en situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad. Este tipo de prevención, aunque ya cuenta con cierto desarrollo en el País Vasco, gracias al impulso de un grupo reducido de técnicos y especialistas en equipos de prevención comunitaria de los Ayuntamientos y del área de la iniciativa social, todavía encuentra dificultades en su implementación.

## **Método**

### **Objetivos de la investigación**

Este artículo es un resumen de otra investigación más amplia denominada “La cuestión de las drogas entre los alumnos y las alumnas de los Programas de Cualificación Profesional Inicial: problemática y respuestas educativas”. El estudio pretende analizar las opiniones del profesorado de los Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) sobre el abordaje de la educación para la salud en los centros del País Vasco. Las características específicas del alumnado que participa en estos programas y sus circunstancias sociales favorecen que vivan en situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad, por lo que exigen una atención especial del sistema educativo.

En la investigación se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Describir las percepciones de los docentes en torno a las necesidades formativas

del alumnado de los Programas de Cualificación Profesional Inicial.

- Analizar las necesidades formativas de los alumnos y de las alumnas en torno a la educación para la salud.
- Conocer y analizar los contenidos curriculares desarrollados en los PCPI para fomentar la educación para la salud.
- Analizar el tipo de colaboración existente entre las organizaciones sociales y educativas a la hora de abordar la educación para la salud en los Programas de Cualificación Profesional Inicial.

### Diseño de la investigación

El estudio se plantea como un censo, por ello el cuestionario es enviado a todos los tutores o tutoras de los 352 grupos de alumnos y alumnas de los PCPI de Euskadi. Según los datos del Gobierno Vasco (2013), en el País Vasco existen un total de 69 centros tanto públicos como concertados (14 en Álava, 32 en Vizcaya y 23 en Guipúzcoa), siendo un total de 352 grupos de alumnos y alumnas.

En una primera fase se elaboró el cuestionario. Para ello, además de revisar la literatura relacionada con el tema (Megías y otros, 1999; Vega, 2000; Sánchez, 2002; Laespada, 2004; Rico, 2007; Elzo, 2008), se realizaron entrevistas exploratorias a los docentes. Se llevó a cabo una prueba piloto con cuatro profesores

y cuatro profesoras pertenecientes a dos centros no participantes en este estudio. Se seleccionaron a los docentes en función de su experiencia profesional y el sexo. Se modificó la redacción de trece ítems y se clarificaron las instrucciones de la prueba, fundamentalmente por su falta de claridad. Esta fue validada por expertos de las universidades del País Vasco y profesionales que investigan este tema. El cuestionario final de los docentes contiene 176 ítems. En ellos se debe manifestar el grado de acuerdo en una escala Likert (1: Nada de acuerdo; 4: Totalmente de acuerdo) o el grado de necesidad (1: Poca necesidad; 4: Mucha necesidad).

El cuestionario se administró entre los meses de marzo y junio de 2013. La aplicación de las pruebas ha sido realizada por un coordinador o coordinadora de los docentes de los PCPI, siguiendo la asesoría de uno de los miembros del equipo de investigación designado a tal efecto.

La tasa de respuesta se situó en un 57,1% por lo que el total de participantes en el estudio fue de 201 docentes.

### Variables del estudio

Las principales variables de la investigación se clasificaron en las siguientes áreas:

- Datos generales de la muestra: 12 variables.

**TABLA 1. Centros por provincia y tasa de respuesta**

Provincia	Centros	Cuestionarios	
Guipúzcoa	23	Enviados	352
Vizcaya	32	Recibidos	201
Álava	14	Tasa de respuesta	57,1%
Total	69		

**TABLA 2. Datos generales de la muestra**

Nº	Nombre	Tipo
1	Sexo	Dicotómica
2	Edad	Categórica (5 categorías)
3	Ubicación centro	Categórica (3 categorías)
4	Nivel de estudios	Categórica (5 categorías)
5	Asignatura impartida	Nominal (abierta)
6	Módulo asignatura	Categórica (4 categorías)
7	Años experiencia	Categórica (4 categorías)
8	Tipo de centro	Dicotómica
9	Tipo de contrato	Categórica (7 categorías)
10	Funciones	Categórica (5 categorías)
11	Opinión normas legales	Categórica (4 categorías)
12	Opinión preparación del alumnado	Categórica (4 categorías)

- Necesidades formativas del alumnado: 9 ítems, haciendo un total de 18 variables, ya que se consultaba de forma diferenciada por alumnos y alumnas.
- Necesidades formativas del alumnado en torno a la educación para la salud: 6 ítems, haciendo un total de 12 variables,

ya que se consultaba de forma diferenciada por alumnos y alumnas.

- Opinión de los docentes sobre los contenidos curriculares relacionados con la educación para la salud: 15 ítems, haciendo un total de 30 variables, ya que se consultaba de forma diferenciada si lo

**TABLA 3. Necesidades formativas del alumnado**

Nº	Nombre	Tipo
13-14	La formación básica (idiomas, matemáticas...)	Escala de Likert (1-4)
15-16	Autonomía personal	Escala de Likert (1-4)
17-18	Salud física	Escala de Likert (1-4)
19-20	Salud emocional	Escala de Likert (1-4)
21-22	Relaciones familiares	Escala de Likert (1-4)
23-24	Habilidades y relaciones sociales	Escala de Likert (1-4)
25-26	Formación laboral específica	Escala de Likert (1-4)
27-28	Conocimiento de instituciones sociales (sanidad, empleo, educación, servicios sociales)	Escala de Likert (1-4)
29-30	Rendimiento y esfuerzo realizado en el centro	Escala de Likert (1-4)



considera importante y si lo imparten en clase.

- Instituciones que apoyan al profesorado en la educación para la salud (8 ítems).

**TABLA 4. Necesidades formativas del alumnado en torno a la salud**

Nº	Nombre	Tipo
42-43	Adoptar una actitud responsable en el consumo	Escala de Likert (1-4).
44-45	Conocer los peligros de las diferentes drogas	Escala de Likert (1-4)
46-47	Estar informado sobre los recursos de tratamiento de las drogodependencias	Escala de Likert (1-4)
48-49	Saber ayudar a los compañeros/as con problemas de consumo de sustancias	Escala de Likert (1-4)
50-51	Disponer de recursos para superar la presión ejercida por el grupo de compañeros y compañeras	Escala de Likert (1-4)
52-53	Saber cómo reducir los riesgos y daños provocados por el consumo	Escala de Likert (1-4)

**TABLA 5. Contenidos curriculares relacionados con la salud**

Nº	Nombre	Tipo
89-90	Alimentación y nutrición	Escala de Likert (1-4)
91-92	Higiene	Escala de Likert (1-4)
93-94	Salud buco-dental	Escala de Likert (1-4)
95-96	Actividad física	Escala de Likert (1-4)
97-98	Ocio y tiempo libre	Escala de Likert (1-4)
99-100	Sexualidad y relaciones afectivas	Escala de Likert (1-4)
101-102	Primeros auxilios	Escala de Likert (1-4)
103-104	Seguridad y prevención de accidentes	Escala de Likert (1-4)
105-106	Salud mental	Escala de Likert (1-4)
107-108	Medio ambiente	Escala de Likert (1-4)
109-110	Drogas legales e ilegales	Escala de Likert (1-4)
111-112	Anorexia y bulimia	Escala de Likert (1-4)
113-114	Sida	Escala de Likert (1-4)
115-116	Funcionamiento del sistema sanitario	Escala de Likert (1-4)
117-118	Prevención y control de enfermedades	Escala de Likert (1-4)

**TABLA 6. Instituciones que apoyan al profesorado en la educación para la salud**

Nº	Nombre	Tipo
139	Inspección educativa	Escala de Likert (1-4)
140	Centros de profesorado	Escala de Likert (1-4)
141	Ayuntamientos (servicios sociales de base)	Escala de Likert (1-4)
142	Asociaciones especializadas del sector social	Escala de Likert (1-4)
143	Consejería de Sanidad	Escala de Likert (1-4)
144	Universidad	Escala de Likert (1-4)
145	Consejería de Educación	Escala de Likert (1-4)
146	Voluntariado	Escala de Likert (1-4)

### Descripción de la muestra

El profesorado consultado en el cuestionario es hombre (44,4%) y mujer (55,6%), con edades comprendidas entre 20-30 años (7,4%), 31-40 años (40,7%), 41-50 años (44,4%) y entre 51-60 años (7,5%). Su titulación es formación profesional (25,4%), diplomatura (46,2%), licenciatura (19,2%) y postgrado (9,2%).

Su experiencia profesional es de 0-3 años (11,5%), 4-8 años (7,7%), de 9-15 años (38,5%) y más de 15 años (42,3%). Su contrato es laboral indefinido (48%) y contratado temporal (52%), desempeña funciones de profesor/a (74,1%), orientador/a (11,1%), dirección del centro (3,4%) y monitor/a (11,4%).

### Análisis de datos

Los datos de la parte cuantitativa fueron tratados con el paquete informático SPSS 21.0 e ITEMAN, realizándose diversos análisis estadísticos.

Los resultados descriptivos se muestran mediante estadísticos comunes como la media y la desviación típica, para las variables numéricas y porcentajes para las variables categóricas.

Para las comparaciones entre grupos y tras estudiar la distribución de las variables, se ha optado por la utilización de la prueba t-Student para muestras relacionadas o independientes según el caso.

La fiabilidad del cuestionario de los docentes es de 0.881 (Alfa de Cronbach). Al finalizar la recogida de información se procedió al análisis intensivo de los datos siguiendo el siguiente procedimiento (Lukas y Santiago, 2009):

- Reducción de la información: selección de la información, determinación de los objetivos del análisis, establecimiento de un sistema de categorías, estudio del sistema de categorías y codificación.
- Organización de la información.
- Análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

Para seleccionar las categorías se desarrolló un proceso mixto (inductivo y deductivo). Se plantearon a priori una serie de categorías basándonos en la revisión bibliográfica y en la experiencia de los investigadores (procedimiento deductivo) y, posteriormente, se fueron ajustando las categorías a las informaciones recogidas en el estudio (procedimiento inductivo).

El desarrollo del estudio tuvo algunos problemas y limitaciones en su ejecución. Algunos docentes fueron bastante reacios a contestar el cuestionario, argumentando falta de tiempo y la extensión del instrumento como razones principales.

Finalmente, hay que señalar que la investigación “La cuestión de las drogas entre los alumnos y las alumnas de los programas de los Programas de Cualificación Profesional Inicial: problemática y respuestas educativas” ha sido financiada por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco (GV-EJ-0511/13). Agradecemos a esta institución la financiación y el apoyo concedido para realizar este estudio.

## Resultados de la investigación

Conocer con qué conocimientos llegan los estudiantes de la ESO a los PCPI no es una cuestión intrascendente. La evaluación por parte del profesorado de las competencias que

domina el alumnado resulta un primer paso para definir tanto sus necesidades formativas como el tipo de intervención pedagógica que requieren.

Como se puede observar en la tabla 7, los profesores y profesoras son conscientes de las carencias y limitaciones del alumnado que se matricula en los PCPI y de las diferencias entre chicos y chicas.

Todos los ámbitos analizados en el estudio necesitan ser mejorados en profundidad. Las diferencias de medias (prueba *t* de Student) entre chicos y chicas son significativas ( $p < 0.05$ ) en la formación básica, en las relaciones familiares y en la formación laboral específica. En general, salvo en esta última variable, los chicos tienen más necesidades de mejora (más carencias) que las chicas.

En cuanto a las necesidades de los estudiantes sobre la educación para la salud, los docentes aportan su opinión en torno al tema, como se puede observar en la tabla 8.

**TABLA 7. Opinión de los docentes sobre las necesidades formativas del alumnado de los PCPI**

¿Qué necesidades tiene el alumnado de los PCPI? (1: poca necesidad/ 4: mucha necesidad)	Mujer $\bar{x}$	Hombre $\bar{x}$	Sig.	d
La formación básica (idiomas, matemáticas...)	3.22	3.87	0.000	0.632
Autonomía personal	3.45	3.54	0.120	0.109
Salud física	2.75	2.87	0.117	0.118
Salud emocional	3.55	3.66	0.139	0.120
Relaciones familiares	3.02	3.53	0.000	0.554
Habilidades y relaciones sociales	3.53	3.52	0.922	-0.055
Formación laboral específica	3.73	3.32	0.000	-0.512
Conocimiento de instituciones sociales (sanidad, empleo, educación, servicios sociales)	3.54	3.56	0.866	0.067
Rendimiento y esfuerzo realizado en el centro	3.28	3.27	0.911	-0.052

**TABLA 8. Necesidades formativas en torno a la educación para la salud por sexo**

I: poca necesidad de mejora/ 4: mucha necesidad	Mujer $\bar{x}$	Hombre $\bar{x}$	Sig.	d
Adoptar una actitud responsable en el consumo	3.36	3.77	0.000	0.451
Conocer los peligros de las diferentes drogas	3.34	3.55	0.007	0.308
Estar informado sobre los recursos de tratamiento de las drogodependencias	3.39	3,43	0.163	0.100
Saber ayudar a los compañeros/as con problemas de consumo de sustancias	3.22	3.37	0.020	0.256
Disponer de recursos para superar la presión ejercida por el grupo de compañeros y compañeras	3.66	3.69	0.199	0.163
Saber cómo reducir los riesgos y daños provocados por el consumo	3.42	3.58	0.018	0.214

**TABLA 9. Opinión de los docentes sobre los contenidos curriculares relacionados con la educación para la salud**

I: Poco de acuerdo 4: Muy de acuerdo Temas	Es importante para usted $\bar{x}$	Lo imparte en clase $\bar{x}$	Sig.	d
Alimentación y nutrición	3.53	2.27	0.000	-0.421
Higiene	3.52	2.69	0.000	-0.425
Salud buco-dental	3.10	1.40	0.000	-0.235
Actividad física	3.44	2.22	0.000	-0.321
Ocio y tiempo libre	3.47	2.57	0.000	-0.352
Sexualidad y relaciones afectivas	3.73	2.70	0.000	-0.444
Primeros auxilios	3.13	1.39	0.000	-0.324
Seguridad y prevención de accidentes	3.67	2.90	0.000	-0.325
Salud mental	3.28	1.88	0.000	-0.235
Medio ambiente	3.33	2.34	0.000	-0.326
Drogas legales e ilegales	3.47	2.58	0.000	-0.365
Anorexia y bulimia	3.46	2.14	0.000	-0.421
Sida	3.39	2.32	0.000	-0.178
Funcionamiento del sistema sanitario	2.86	1.69	0.000	-0.225
Prevención y control de enfermedades	2.93	1.92	0.000	-0.214

Según los docentes, los chicos tienen más necesidades formativas que las chicas en el ámbito de la salud. Las diferencias entre chicas y chicos

(prueba *t* de Student) son significativas ( $p < 0.05$ ) en variables como adoptar una actitud responsable al consumir drogas, conocer los peligros

de las diferentes sustancias, saber ayudar a los compañeros y compañeras con problemas de consumo y saber cómo reducir los riesgos y daños. El profesorado también cree que el alumnado, en general, debe aprender a tomar decisiones responsables.

En cuanto a los contenidos a desarrollar en el currículum (tabla 9), el profesorado opina que existen temas que son importantes para la promoción de la salud que, sin embargo, se imparten poco en las aulas.

Todos los contenidos son considerados importantes por los docentes. Sin embargo, se imparten de forma poco sistemática en las aulas. Los temas más tratados están relacionados con la seguridad y la prevención de accidentes, la sexualidad y las relaciones afectivas, la alimentación y la nutrición, las drogas legales e ilegales, la higiene, el sida, la actividad física, el ocio y el tiempo libre, la salud mental, la anorexia y la bulimia, el medio ambiente, los primeros auxilios, la salud buco-dental, la prevención de enfermedades y el funcionamiento del sistema sanitario. Como se puede observar en la tabla anterior, todas las diferencias de medias (prueba *t* de Student) entre la importancia atribuida

a los temas de educación para la salud por parte del profesorado y su impartición en el aula son significativas. Es decir, opinan que estos temas son importantes pero, por diversos motivos, se imparten poco en clase.

Evidentemente, la escuela no puede abordar en solitario todos los temas que pueden ser tratados en el marco de la educación para la salud. Necesita la cooperación de otras instituciones que trabajen de forma conjunta con sus profesionales. Según los docentes, los colectivos sociales que apoyan al profesorado en estos temas son los que se reflejan en la tabla 10.

Las instituciones sociales que más colaboran con los PCPI son los ayuntamientos (servicios sociales de base) y las asociaciones especializadas del sector social. Los centros de profesorado, las Consejerías de Educación y Sanidad, el voluntariado, la universidad y la inspección educativa colaboran muy poco con los docentes de los PCPI. Llama la atención que sean los ayuntamientos y las asociaciones especializadas las que más colaboran con los PCPI frente la escasa implicación de los servicios más relacionados con la salud y la educación.

**TABLA 10. Instituciones que apoyan al profesorado en la educación para la salud**

Instituciones	% Acuerdo
Ayuntamientos (servicios sociales de base)	84,4%
Asociaciones especializadas del sector social	71,6%
Centros de profesorado	25,3%
Consejería de Educación	23,2%
Consejería de Sanidad	13,5%
Voluntariado	11,6%
Universidad	10,8%
Inspección educativa	4,1%

## **Conclusiones y discusión**

A modo de síntesis, se recogen a continuación las principales conclusiones de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación.

1. El profesorado de los PCPI es consciente de las carencias y necesidades formativas del alumnado que se matricula en el centro (primer objetivo). Entre las más importantes se encuentran las relacionadas con la formación básica, la autonomía personal, la salud emocional, las relaciones familiares, las habilidades sociales, la formación laboral, el conocimiento de las instituciones sociales y la necesidad de rendir en la medida de sus posibilidades en el centro. En general, salvo en la formación laboral específica, el profesorado opina que los chicos tienen más carencias formativas que las chicas. También se constata que la diversidad del alumnado que desarrolla sus estudios en los PCPI es muy grande.
2. Respecto a las necesidades formativas relacionadas con la salud (segundo objetivo), los docentes asumen que se debe capacitar al alumnado para tomar decisiones responsables en torno a este tema. Las diferencias de medias entre ambos sexos, por otra parte, son significativas en variables como la actitud responsable en el consumo de drogas, el conocimiento de sus riesgos y peligros, la capacidad de ayudar a compañeros y compañeras con problemas de consumo y la forma de reducir riesgos y daños.
3. Los contenidos curriculares relacionados con la educación para la salud son importantes para el profesorado (tercer objetivo). Temas como la alimentación, la higiene, la salud buco-dental, la actividad física, el ocio y el tiempo libre, la sexualidad y las relaciones afectivas, los primeros auxilios, la seguridad y la prevención de accidentes, la salud mental, el medio ambiente, la información sobre

- las drogas, la anorexia y la bulimia, el sida, el funcionamiento del sistema sanitario y la prevención y control de actividades son valorados con puntuaciones altas. Sin embargo, los docentes reconocen que estos temas se imparten en clase de forma esporádica y poco sistemática.
4. A la hora de analizar la colaboración existente entre las organizaciones sociales y educativas en la promoción de la salud (cuarto objetivo), se constata que los servicios sociales de base y las instituciones del sector social son los que más se implican en el apoyo a estos programas. Los centros de profesorado, las Consejerías de Educación y Sanidad, el voluntariado, la universidad y la inspección educativa colaboran muy poco con los docentes de los Programas de Cualificación Profesional Inicial en las labores preventivas y educadoras.

Si la escuela pretende fomentar el desarrollo integral del alumnado, debe abordar necesariamente todas las cuestiones relacionadas con la salud de forma integrada en su proyecto educativo y curricular, desde una transversalidad comprometida. Es más probable que los alumnos y alumnas conozcan estos temas, si se superan las fronteras divisorias de las asignaturas del currículum (Beane, 2005). La excesiva especialización en las diferentes áreas curriculares de la educación secundaria y la falta de coordinación entre los docentes provoca el olvido de conocimientos y competencias transversales básicos para aprender a vivir (Stradling, R., McNeil, M. y McKintosh, 2010). En las etapas de la enseñanza, donde es preciso trabajar conocimientos específicos de cada una de las materias, es necesario ir construyendo un armazón sólido de conocimientos que vaya conjugando inferencias entre campos de saber para desarrollar competencias transversales mediante proyectos contextualizados a la vida cotidiana. La selección de los conocimientos debe preparar al alumnado para conocer su medio y poder desenvolverse en él (Escamilla, 2011).

La educación obligatoria, por tanto, no puede eludir una de las dimensiones fundamentales de la formación de un alumno o alumna para integrarse en la sociedad: la educación para la salud y el cuidado de su propio cuerpo. Estamos ante una cuestión de justicia curricular, que obliga al docente a ser respetuoso con las necesidades educativas básicas de todos los estudiantes (Torres, 2010). Un proyecto curricular justo tiene que ayudar al alumnado, y especialmente a los que pertenecen a los colectivos sociales más desfavorecidos, a crear un proyecto de vida y a construir un mundo más humano, justo y democrático (Morales, Domene y Puig, 2013).

Se necesitan, pues, centros inclusivos y saludables. Y habrá que aplicar diversas modalidades organizativas, siempre desde una perspectiva inclusiva y compensadora, para atender al alumnado con acusadas dificultades de aprendizaje y un desfase curricular significativo (Martínez, 2012). Y en este marco, se debe dedicar un mayor esfuerzo a la formación en salud y a la prevención selectiva, dirigida específicamente a sectores de la población adolescente en situaciones de especial riesgo como puede ser el alumnado que realiza sus estudios en los PCPI.

En este sentido, en el Informe del Ararteko (2011) se señala la necesidad de proporcionar a los centros los instrumentos pedagógicos que sirvan para superar los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas. Por ello, ve necesario poner en marcha iniciativas de apoyo al profesorado, a través de la formación y el asesoramiento. Al mismo tiempo, son los propios profesores y profesoras quienes tienen que hacer un esfuerzo añadido para cumplir con los objetivos de la prevención selectiva,

puesto que, además de formarse en cuestiones básicas relacionadas con las drogas, deberían hacerlo para poder diagnosticar potenciales situaciones de riesgo educativo y social.

Es lo que pide la promoción de la salud en su sentido más ambicioso, cuando entre sus estrategias incluye la implantación de políticas saludables, el trabajo comunitario, el desarrollo de contextos saludables, la reorientación y la coordinación de los servicios relacionados con la salud (OMS, 2012). Desde la perspectiva comunitaria, se deben valorar también los servicios y los programas que, desde instancias externas al sistema educativo, como los ayuntamientos y las asociaciones dedicadas a problemas específicos (consumo de drogas, sida, violencia...), se ofertan a los PCPI. Sin embargo, estas actuaciones suelen ser puntuales, quedan a merced de la voluntad del profesorado, están escasamente integradas en el proyecto curricular del centro y tampoco están ubicadas en un proyecto educativo comunitario.

La educación para la salud en los centros educativos encuentra aún serias dificultades para su impartición, de modo que el número de acciones estructurales y permanentes sigue siendo limitado y su eficacia continúa siendo difícilmente evaluable (García y Sánchez, 2011). Por ello, en un contexto de transición, a caballo entre la LOE y la LOMCE, se necesitan estudios que analicen el desarrollo de las competencias transversales en la futura formación profesional básica, la promoción de actitudes saludables tanto en la escuela como en la familia y de estrategias comunitarias para fomentar la prevención, especialmente con los alumnos y alumnas en situación de vulnerabilidad y en grave riesgo de exclusión social.

## Referencias bibliográficas

---

- Anderson, P., Chisholm, D., y Fuhr, D. C. (2009). Alcohol and Global Health. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373, 2234-2246.

- Ararteko (2011). *Infancias vulnerables. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Beane, J. A. (2005). *La integración del currículum*. Madrid: Morata.
- Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., y Luke, D. A. (2006). Shaping the context of health: A review of environmental and policy approaches in the prevention of chronic diseases. *Annual Review of Public Health*, 27, 341-370.
- Decreto 175/2007 de la Consejería de Educación, Universidades e Investigación, de 16 de octubre, por el que se establece el currículo de la Educación Básica y se implanta en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Recuperado de <http://www.euskadi.net>
- Elzo, J. (2008). *Drogas y Escuela VII. Las drogas entre los escolares de Euskadi veinticinco años después*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Escamilla, A. (2011). *Las competencias en la programación de aula. Educación secundaria (12-18 años)*. Barcelona: Graó.
- Faggiano, F., Vigma-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., y Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46 (5), 385-396.
- García, A., y Sánchez, A. M. (2011). Educación para la salud y escuela. *A tu Salud*, 75, 70-76.
- García, M. C., y Ferriani, M. (2008). School as a “protective factor” against drugs: Perceptions of adolescents and teachers. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 16, 590-594.
- Gobierno Vasco (2013). *La educación en Euskadi. Informe 2010-2012*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- González, M. P., Sevillano, M. L., y Rey, L. (2007). Promover en los adolescentes la identificación de sus valores como factores que les protegen de las adicciones: un modelo vivencial centrado en el estudiante. *Enseñanza*, 25, 157-178.
- Laespada, M. T. (2004). *Los escolares y las drogas desde la perspectiva del profesor: ¿qué opinan los docentes vascos?* Bilbao: Universidad de Deusto-Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (BOE 307, 24 de diciembre).
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo de Educación (BOE 106, 4 de mayo).
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (BOE 295, 10 de diciembre).
- Lukas, J. F., y Santiago, K. (2009). *Evaluación educativa*. Madrid: Alianza.
- Martínez, F. (2012). Contextos vulnerables: las aportaciones de la evaluación. *Bordón*, 64 (2), 41-50.
- Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Navarro, J., y Vega, A. (1999). *Los docentes españoles antes las drogas*. Madrid: Santillana/FAD.
- Meneses, C. (2010). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11 (1), 51-63.
- Morales, J. A., Domene, S., y Puig, M. (2013). Caracterización de la conciencia cívica de los adolescentes: un estudio comparado en Andalucía. *Bordón*, 65 (2), 97-109.
- OMS (2012). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey/WHO/Europe, 2012. *Health Policy for Children and Adolescents*, 6, 1-12.
- Orden de 10 de junio de 2008, por la que se regulan los Programas de Cualificación Profesional Inicial en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Recuperado de <http://www.euskadi.net/>
- Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. Madrid: Morata.
- Piontek, D., Kraus, L., Pabst, A., Muller, S., y Legleye, S. (2009). Prevalence and predictors of cannabis related problems in adolescents: Results of the european school survey project on alcohol and other drugs (ESPAD) in Germany. *Suchttherapie*, 10 (4), 162-168.



- PNSD (2013). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN\\_ACCION\\_SOBRE\\_DROGAS2013\\_2016.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf).
- Rico, C. (2007). *Percepciones sobre la educación para la salud en la escuela del profesorado de la región de Murcia: constructos y metodología educativa*. Murcia: Consejería de Sanidad.
- Salvador, T. (2008a). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias*. Madrid: MEPSYD.
- Salvador, T. (2008b). *Promoción y educación para la salud en la escuela*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Salvador, T., y Suelves, J. M. (2009). *Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo*. Madrid: Ministerio de Educación.
- Sánchez, L. (2002). Los docentes ante los consumos de drogas y las actuaciones para su prevención. *Conductas adictivas*, 2 (1), 16-19.
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., y Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253-264.
- Stradling, R., Mcneil, M., y Mckintosh, A. M. (2010). Bridging the gap between evidence and practice: A multi-perspective examination of real-world drug education. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 17 (1), 1-20.
- Teesson, M., Newton, N., y Barrett, E. (2012). Australian school-based prevention programs for alcohol and other drugs: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 31 (6), 731-736.
- Torres, J. (2010). *La justicia curricular. El caballo de Troya de la cultura escolar*. Madrid: Morata.
- Vega, A. (2000). *El País Vasco ante las drogas. Los retos del proyecto comunitario en las escuelas*. San Sebastián: Gakoa.
- Vega, A. (2010). Las drogas en los Centros de Iniciación Profesional: aportaciones de un estudio cualitativo. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (4), 451-466.
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A. y Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist* 60 (6), 628-648.

## Abstract

---

### *Health education in initial professional qualification programmes*

**INTRODUCTION.** This article offers the perceptions of teaching staff about Initial Professional Qualification Programmes (PCPI) in the Basque Country regarding health education. **METHOD.** The research is of a quantitative nature and ex-post facto, and its aim is to describe the implementation processes for health education projects in these educational establishments. **RESULTS.** The results obtained indicate that teachers need to train students in taking responsible decisions regarding health. Although subjects related to health education are important for teaching staff, the latter recognise that they are taught sporadically and not very systematically in the classroom. Lastly, when analysing the collaboration that exists between social and educational organisations, it can be ascertained that basic social services and institutions from the social sector are those that are most involved in lending support to these programmes. Teachers' centres,

Ministries of Education and Health, volunteers, the university and education inspection provide little support to teachers from Initial Professional Qualification Programmes on preventive work and on promoting health. **DISCUSSION.** It is therefore worrying that educational establishments where so many resources are invested actually contribute so little to a fundamental aspect of the development of individuals. If the school attempts to encourage students' integral development it must necessarily tackle the issues related to health by integrating it into their educational and curricular project, and coordinate it alongside other initiatives being developed in society.

**Keywords:** *Health education, Occupational Initiation, Adolescence, Drugs, Integral development.*

## **Résumé**

---

### *L'éducation pour la santé dans les programmes d'initiation professionnelle*

**INTRODUCTION.** Cet article présente les perceptions du professorat des Programmes de Qualification Professionnelle Initiale (PCPI) du Pays Basque à propos de l'éducation pour la santé. **MÉTHODE.** La recherche est de type quantitatif et ex post facto, et a pour objet de décrire les processus d'implantation des projets d'éducation pour la santé dans les établissements scolaires. **RÉSULTATS.** Les résultats obtenus indiquent que les enseignants doivent préparer les élèves pour qu'ils prennent des décisions responsables sur la santé dans l'avenir. Bien que les thèmes en rapport avec l'éducation pour la santé soient importants pour les enseignants, ceux-ci reconnaissent qu'ils sont traités de manière sporadique et peu systématique dans la classe. Finalement, lorsqu'on analyse la collaboration existante entre les organisations sociales et éducatives, on constate que les services sociaux élémentaires et les institutions du secteur social sont ceux qui s'impliquent le plus dans l'appui à ces programmes. Les centres de formation d'enseignants, les départements d'éducation et de santé des conseils généraux, ainsi que des gouvernements régionaux, le bénévolat, l'université et l'inspection éducative, collaborent très peu avec les enseignants des Programmes de Qualification Professionnelle Initiale en ce qui réfère à matière de prévention. **DISCUSSION.** Il est donc préoccupant que des institutions éducatives dans lesquelles tant de ressources sont investies contribuent si peu à développer un aspect vraiment fondamental pour l'individu. Si l'école cherche à encourager le développement intégral des élèves, elle doit nécessairement traiter des questions liées à la santé en coordination avec le reste des initiatives mises en œuvre dans la société en les intégrant dans son projet éducatif et dans son programme scolaire.

**Mots clés :** *Éducation pour la Santé, Initiation professionnelle, Adolescence, Drogues, Développement intégral.*

## **Perfil profesional de los autores**

---

### **Pedro Aramendi Jauregui (autor de contacto)**

Doctor en Pedagogía y profesor titular del Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad del País Vasco. Pertenece a la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Imparte docencia en torno a la organización de centros socioeducativos y la planificación de programas. Sus

publicaciones se centran en temas relacionados con las áreas transversales, la inclusión social, el currículum y la atención a la diversidad.

Correo electrónico de contacto: pello.aramendi@ehu.es

Dirección para la correspondencia: Universidad del País Vasco, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Avenida de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián-Guipúzcoa.

### **Karmele Buján Vidales**

Doctora en Pedagogía y profesora titular en la Escuela Universitaria de Magisterio de San Sebastián. Pertenece a la Universidad del País Vasco. Imparte docencia en asignaturas relacionadas con la organización de centros escolares, atención a la diversidad y áreas curriculares. Sus publicaciones se centran en temas relacionados con la atención a la diversidad, la inclusión social, las áreas transversales, y la organización y dirección de instituciones socioeducativas.

Correo electrónico de contacto: karmele.bujan@ehu.es

### **Rosa María Arburua Goyeneche**

Doctora en Pedagogía y profesora titular en la Escuela Universitaria de Magisterio de San Sebastián. Pertenece a la Universidad del País Vasco. Su trayectoria investigadora se ha centrado fundamentalmente en temas relacionados con las Áreas Transversales y Currículum y Atención a la Diversidad. Imparte asignaturas relacionadas con las áreas transversales, el currículum y la innovación y mejora de los centros educativos.

Correo electrónico de contacto: rosamaria.arburua@ehu.es