

Eficacia de un programa de intervención curricular de educación para la salud en 2.º ciclo de la E.S.O.

por M.ª José FERNÁNDEZ DÍAZ, Rafael CARBALLO SANTAOLALLA y Narciso GARCÍA NIETO
Universidad Complutense de Madrid

Una de las aportaciones más interesantes y novedosas de la LOGSE, desde el punto de vista educativo, fue la introducción de los temas o ejes transversales como forma de conectar la educación con la vida y las necesidades del alumnado. Se refieren a dimensiones o aspectos de la vida humana que implican profunda, vital y existencialmente al individuo y a la sociedad en un momento o situación coyuntural dada, requiriendo un tratamiento y una respuesta educativa adecuada. González Lucini (1993) sintetiza su importancia al afirmar que «(...) son valores importantes tanto para el desarrollo personal e integral de los alumnos y alumnas, cuanto para un proyecto de sociedad más libre y pacífica y más respetuosa hacia las personas y hacia la propia naturaleza que constituye el entorno de la sociedad humana».

En este contexto aparecieron numerosas aportaciones y publicaciones teóricas, formas y alternativas de tratamiento, programas de intervención, etc. Sin embar-

go, transcurridos varios años la realidad de la implantación de la transversalidad dista mucho de los deseos expresados en la normativa.

La problemática actual que la transversalidad está suponiendo en los centros no reside tanto en la sensibilidad hacia el tema como en la forma o modo de llevarla a la práctica. Las estrategias o modos de implantar estos contenidos pueden ser diversos, como bien indican algunos autores (Fortuny, 1994; Álvarez Rojo, 1994; Rodríguez Espinar y cols. 1993; Bisquerra, 1998; López Urquizar, 1999...) Los procedimientos se podrían sintetizar en tres grandes estrategias:

1. *En paralelo al currículum*: Los temas transversales se tratarían de una forma no integrada en el currículum, es decir, independiente del resto de las demás asignaturas y áreas curriculares. Como modalidad más frecuente sería dedicar alguna hora semanal al estudio de estos temas.

2. *Integración parcial en el currículum*: Se trataría de abordar ciertos temas o aspectos de los temas transversales en el momento en que estén relacionados con contenidos específicos del currículum.
3. *Plena integración en el currículum*: El contenido se reparte por las diferentes áreas del currículum, sobre todo con aquellas que presentan una mayor afinidad, tratándolo desde las diferentes disciplinas que integran la totalidad del currículum.

En general, una mayoría de los centros que han incorporado la transversalidad como tal, se integra en la primera opción de las alternativas, ante las dificultades de implantación, coordinación entre profesores, diseño curricular, etc. que plantea la LOGSE (3ª alternativa) y ante el proceso de cambios y adaptaciones que han tenido que experimentar en muchos campos y que han supuesto un incremento sustancial de trabajo para adecuarse a las nuevas directrices de la Ley.

Uno de los contenidos transversales de mayor relevancia para el alumno y la sociedad es, sin duda, la educación para la salud, sujeta a los mismos problemas de tratamiento e implantación que se han señalado para todos los contenidos transversales, en general, y cuya importancia es tan obvia que no precisa prácticamente argumentación expresa. La salud es un bien en sí misma, de máxima trascendencia. Los países desarrollados han conseguido hacer de la salud un bien co-

mún, haciendo grandes esfuerzos y dedicando muchos medios y recursos a las prestaciones sanitarias. Sin embargo, sería preciso prestar una gran atención a los aspectos preventivos de la salud, de forma que la calidad de un sistema sanitario no dependa tanto de su capacidad de curación como de la de prevención.

Bajo el epígrafe de «Educación para la Salud», en los temas transversales suelen incluirse programas destinados a prevenir, concienciar a los alumnos sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como la prevención del SIDA.

1. Objetivos de la investigación

La investigación se centra en uno de los temas transversales, la Educación para la Salud en las áreas de *Alcohol, Tabaco, Drogas, SIDA y Sexo*, que por su extensión y relevancia resulta de gran interés en la formación de los alumnos de Secundaria. Así pues, los objetivos se concretan en:

1. *Evaluar la eficacia del programa en términos del incremento de conocimientos y en la modificación de actitudes* de los alumnos, que permita proponer a los centros una vía metodológica concreta para el tratamiento en los centros educativos de cualquiera de los temas transversales.
2. *Analizar las diferencias en conocimientos y actitudes en función del centro, sexo y curso.*

2. Hipótesis del estudio

Para dar respuesta a los objetivos

planteados y en el contexto de investigación descrito, las hipótesis que se plantearon fueron las que a continuación se mencionan:

1. La aplicación del programa de intervención en la enseñanza de los contenidos vinculados a la «Educación para la Salud» producirá un incremento en el nivel de conocimientos.
2. Los alumnos sometidos al programa de intervención manifestarán actitudes más positivas hacia estos temas que las que tenían antes de la aplicación del tratamiento.
3. La aplicación del programa de intervención incrementará el nivel de conocimientos de los alumnos sobre estos contenidos, siendo superior al nivel de aquellos que no han sido sometidos al programa.
4. Las actitudes de los alumnos de 2.º ciclo de la ESO serán más positivas en los alumnos sometidos al programa de intervención que en aquellos en los que no han sido sometidos al programa
5. Los alumnos presentan diferencias en el nivel de conocimientos y actitudes sobre temas relacionados con la Salud en función del curso.
6. Existen diferencias en el nivel de conocimientos y actitudes en función del sexo de los alumnos.

3. Identificación de las variables del estudio

En esta investigación, las variables más relevantes son las siguientes:

- A) *Variable independiente*: El programa de intervención, con dos niveles, según se aplique o no. Otras variables incluidas en este estudio como variables independientes son: el curso y el sexo de los alumnos.
- B) *Variables dependientes*, son dos: Conocimientos en temas de «Educación para la salud» y Actitudes de los alumnos hacia estos temas.

4. Metodología

4.1. Muestra y población

El estudio se realizó en la Comunidad de Madrid. La muestra está compuesta por alumnos de 2.º ciclo de la ESO de centros públicos y privados. La elección de alumnos de este ciclo obedeció básicamente a la importancia que tienen estas cuestiones en edades especialmente críticas, como es la adolescencia donde ya muestran determinados comportamientos o pueden incorporarse al mundo del alcohol, del tabaco, etc.

El muestreo tiene un carácter incidental, habitual en estos casos. La proliferación de estudios que obligan a «entrar» en los centros es cada vez mayor y no resulta una tarea fácil. No obstante, en ningún caso hubo un criterio intencionado en la selección sino facilidad de acceso. Dado el carácter experimental del estudio con las dificultades que ello con-

lleva, se tomaron seis centros (cuatro públicos y dos privados) por las dificultades y exigencias de personal y otros recursos para llevar a cabo la investigación.

Así pues y a modo de síntesis, la muestra está constituida por alumnos de 2.º ciclo de la ESO, es decir de 3.º y 4.º curso de seis centros públicos y privados de la Comunidad de Madrid. La falta de aleatorización y el reducido número de centros precisa ser cautos a la hora de generalizar los resultados.

4.2. Diseño de investigación

La investigación se inscribe dentro de la Investigación Pedagógica Aplicada, situándose concretamente dentro del tipo de investigación evaluativa de corte experimental, por la manipulación de la variable independiente, al aplicar un programa elaborado específicamente con este fin. Dentro de este grupo, dado que no se podía trabajar con grupos aleatorizados y, por tanto, el control de las variables debía ser parcial, el diseño propiamente dicho sería cuasiexperimental con grupos naturales. Es un diseño pretest-postest, ya que los conocimientos y las actitudes se miden en los grupos experimental y de control antes y después de la aplicación del tratamiento al grupo experimental.

5. Medida y operativización de las variables. Instrumentos

A continuación se describen las características del programa (como operativización de la variable independiente), en su planteamiento general, objetivos, contenidos, materiales, metodología de tra-

bajo, aplicadores, etc. y las características y estructura teórica de cada uno de los instrumentos de medida de las variables dependientes.

5.1. Estructura y caracterización del programa de intervención

Se trata de un programa de intervención orientadora en la modalidad de servicios, elaborado para el tratamiento educativo en los centros de los contenidos transversales de *Educación para la salud* en las tutorías, como alternativa a la falta de tratamiento formalizado en los centros, según las directrices de la LOGSE.

El programa se diseñó con una función esencialmente preventiva, a partir del aprendizaje de unos conocimientos básicos sobre los temas y de técnicas dirigidas al fomento de actitudes positivas hacia la salud, partiendo de la estrecha relación entre conocimientos y actitudes. A partir de los objetivos generales se desarrolló un programa integrado, diferenciados en distintas sesiones para el tratamiento de cada uno de los tópicos mencionados anteriormente. La estructura de cada sesión fue la siguiente:

- a) *Justificación del tema.*
- b) *Objetivo:* Formulación explícita y precisa de las capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales a alcanzar.
- c) *Contenidos:* Conceptuales, procedimentales y actitudinales.
- d) *Materiales y recursos:* *Se especi-*

fican los materiales de apoyo a los que puede acudir el tutor y en los que de una forma esquemática se les ofrecen ideas y sugerencias para presentar y llevar a cabo la sesión como fuente de consulta; qué documentos se deben usar con los alumnos: textos, cuestionarios, encuestas, actividades, trabajos individuales y de grupo...

Se tomó como primera referencia una publicación realizada por el ICCE de uno de los autores de la investigación (García Nieto, N. y otros, 1990, 1995), aprovechando aquellos materiales que fueran perfectamente válidos por su contenido, tratamiento y pertinencia en el contexto de la investigación. A ello se le incorporó otro tipo de materiales, como vídeos relativos a la temática, documentos para debate, artículos de prensa, documentación técnica de organismos relevantes en estos temas, etc.

e) *Metodología y pautas para el desarrollo de la sesión: Se fundamenta en:*

- El uso de una metodología preferentemente activa y participativa, a través de distintas técnicas de Role playing, discusión en pequeño y gran grupo, análisis de documentación y noticias actualizadas, visualización de vídeos y sesiones de debate posterior, tipo vídeoforum, etc.
- La motivación de los alum-

nos, presentándoles los temas de una forma atractiva para su modo de pensar y sentir.

- Adecuación del lenguaje a las características de alumnado.

f) *Implicación del tema en el Curriculum:* Relaciona el tema y las actividades recomendadas con las propias del desarrollo curricular en las diferentes áreas o materias. Se intenta así relacionar las actividades tutoriales y la transversalidad entroncándolas en el Proyecto Curricular del centro y las Programaciones de Aula.

g) *Referencias bibliográficas:* En todas las sesiones se recomiendan textos de ampliación para los tutores que quieran una mayor profundización del tema, incluyendo recursos audiovisuales o documentales que puedan servirle para el tratamiento del tema.

La aplicación del programa tuvo en cuenta dos elementos fundamentales:

- 1) Preparación de los aplicadores.
- 2) Seguimiento en la aplicación del programa a través de reuniones quincenales.

5.2. Estructura y características de los instrumentos utilizados

Para la medida de los conocimientos y actitudes con relación a los contenidos

seleccionados para el estudio se elaboraron pruebas ad hoc de conocimientos y actitudes.

La *Prueba de Conocimientos* fue una prueba objetiva con 40 ítems, de cuatro alternativas de respuesta y una verdadera, distribuidos de la forma siguiente: Drogas: 8 ítems; SIDA: 7 ítems; Alcohol: 8 ítems; Tabaco: 7 ítems y Sexo: 9 ítems. A estos se añadió un ítem más de carácter general sobre salud. Se seleccionaron atendiendo al criterio de objetivos básicos e intentando garantizar la validez de contenido.

La *Escala de Actitudes* fue de tipo Likert, con 60 ítems a valorar en una escala de 1 a 5, quedando distribuidos como sigue: Consumo de tabaco: 9 ítems; Consumo de alcohol: 14 ítems; Consumo de drogas: 16 ítems; Actitud hacia el SIDA: 8 ítems y Actitud hacia el sexo: 11 ítems. A lo que hay que añadir dos ítems más, de carácter general, referidos a todos los campos, sobre el nivel de información general que los alumnos creen poseer de todos estos temas. Aunque esta variable es de naturaleza ordinal, dado que se utiliza una escala tipo Likert con valoraciones de 1 a 5 se puede considerar asimilada a una escala de intervalos, tal y como se trata actualmente en la mayoría de las investigaciones de este tipo.

6. Procedimiento

En la *primera fase*, se toma contacto con los centros y se les explica los objetivos y características del estudio, sin aparentes sesgos en sus selección. A con-

tinuación, se procedió a aplicar los instrumentos de medida, de conocimientos y actitudes, en los meses de Octubre y Noviembre a todos los alumnos de la muestra, tanto de los grupos experimentales como de control. La aplicación era anónima, aunque garantizando la identificación de las dos pruebas de cada sujeto, y sin límite de tiempo. A partir de los resultados obtenidos se realizó un primer estudio previo para conocer la situación de los centros y perfilar el programa de intervención diseñado originalmente, adaptándolo a la realidad mostrada en los resultados iniciales.

En la *segunda fase* se procedió a aplicar el programa a los grupos experimentales. La aplicación se realizó durante 5 meses, en el horario de tutorías, con un total de 20 sesiones, aproximadamente.

Tras la aplicación del programa, se procedió a la segunda aplicación de la prueba de conocimientos y de la escala de actitudes, tanto a los grupos experimentales como de control, al análisis de datos e interpretación de resultados.

7. Análisis de datos e interpretación de resultados

7.1. Descripción de la muestra

Las características de la muestra seleccionada se recogen en la Tabla n.º 1

TABLA N.º 1: Composición de la muestra

N = 458	GRUPO		CURSO		SEXO		CENTRO	
	Experim.	Control	3º ESO	4º ESO	Mujer	Hombre	Público	Privado
%	86'7	13'3	41'9	58'1	53'9	46'1	65'3	34'7

En primer lugar, el número total de centros objeto de estudio fue de seis, cuatro públicos y dos privados y el programa se aplicó en los seis, respondiendo, aunque no exactamente, a la proporción de centros públicos y privados de la Comunidad de Madrid. Todos ellos estaban ubicados en la capital o en alguna de las localidades de su entorno, como Alcalá de Henares. Los alumnos de los centros públicos representan el 65'3% frente a los 34'7% de los privados en la totalidad de la muestra.

El número de alumnos que formaron parte del grupo experimental fue de aproximadamente 400 alumnos (N = 397), mientras que los de control fueron de 61, representando el 86'7% y el 13'3 % respectivamente del total de los 458. La desproporción que representa en número de alumnos estos dos grupos se justifica por la necesidad de un mayor número de alumnos para la aplicación del programa y las dificultades señaladas de encontrar centros dispuestos a aceptar esta dinámica, el escaso número de grupos en otros y la negativa a que no se aplicara el programa en todos los grupos. En cualquier caso, el grupo experimental es el más relevante para la investigación. No obstante, este hecho se deberá tener presente a la hora de comprobar la equivalencia inicial de los grupos y la posible significatividad de algunas diferencias, determinadas evidentemente por el ta-

maño de la muestra, al modificarse el error típico por el menor o mayor número de sujetos. A esta situación hay que añadir la mortalidad experimental sufrida entre el pretest y el posttest o la necesidad de disponer de la doble información propia de este tipo de diseños.

La distribución por curso, como pueden apreciar en la tabla n.º 1, fue de 192 alumnos de 3.º de ESO, integrados en nueve grupos de los correspondientes centros y 266 de 4.º de ESO, integrados en 13 grupos. En términos porcentuales representan el 41'9% de 3.º de ESO frente al 58'1% de 4.º. Un ligero desequilibrio a favor de 4.º. Por sexo, un 53'9% eran mujeres y un 46'1% eran hombres, con una ligera menor representación de estos últimos.

7.2. Análisis de las características técnicas de los instrumentos de medida

Los resultados de una investigación dependen, en gran parte, de la calidad de las medidas que en ellas se realizan. En este caso se elaboraron unos instrumentos «ad hoc», cuyas características técnicas se describen a continuación:

- En primer lugar, para la medida del nivel de conocimientos se elaboró una *Prueba de Conocimientos de Educación para la Salud*,

tipo prueba objetiva, con cuatro opciones y una única respuesta correcta, elaborada para garantizar la validez de contenido.

Para el cálculo de la fiabilidad de la prueba se aplicó el Alpha de Cronbach, obteniendo una fiabilidad global de 0'77. Esta fiabilidad es aceptable teniendo en cuenta que los contenidos medidos, al menos inicialmente, no responden a un contenido curricular objeto de estudio en la realidad del momento analizado de los centros. Por otra parte, investigaciones realizadas por grupos de expertos, de mayor alcance en tamaño de muestra y de objetivos del estudio valoran, como altamente satisfactorias, fiabilidades de hasta 0'72 y 0'73 (INCE, 1998)

Para un análisis más pormenorizado, se realizó un análisis de ítems, calculando el índice de discriminación, tanto con respecto al total de la prueba como a cada una de las subescalas. Los datos obtenidos muestran, en general, unos valores altos tanto en un caso como en otro, con valores que varían en su mayoría entre 0'30 y 0'50. En el estudio mencionado anteriormente (INCE, 1998), se consideran aceptables índices de discriminación de hasta 0'20. Únicamente se puede destacar el ítem n.º 6, de contenido sobre drogas y con un nivel de dificultad muy alto, ya que sólo lo aciertan el 3'4%, que tiene un índice de homogeneidad próximo a 0.

El índice de dificultad de la prueba en su conjunto, obtenido por la proporción media de aciertos de la prueba fue de 0'613, y la discriminación de dicha prueba obtenida por la correlación media ítem-total es de 0'315.

En síntesis, se considera que la prueba tiene una buena fiabilidad; que su dificultad es de tipo medio, con tendencia a alta; y que el índice de discriminación de la prueba es igualmente satisfactorio.

- B) La *Escala de Actitudes sobre Educación para la Salud* (escala numérica de 1 a 5, tipo Likert, Arce, 1994), alcanzó una fiabilidad, obtenida por de Cronbach, de 0'82, lo que demuestra un valor altamente satisfactorio, máxime si se tiene en cuenta que es una escala de actitudes. Globalmente los ítems muestran índices de homogeneidad muy aceptables, por lo que la escala reúne las características técnicas exigidas para su aplicación en la investigación.

7.3. Análisis de los resultados en el postest. Estudio diferencial y valoración de la eficacia del programa

Para la valoración de la eficacia del programa y teniendo en cuenta que se trabajó con grupos naturales, se aplicó el Análisis de Covarianza (ANCOVA) con el fin de controlar estadísticamente las posibles diferencias iniciales en el pretest, a pesar de que los resultados iniciales no

mostraban globalmente diferencias significativas entre los grupos experimental y de control (Tablas n.º 2 y 3).

También se realizaron contrastes de medias de dos grupos, aplicando la prueba «t» para grupos relacionados o independientes, dependiendo de si el contraste se realiza entre pretest y postest en cada uno de los grupos (experimental y de control) o entre grupo experimental y de control en el postest. Se complementaron estos estudios con análisis en función de las variables de identificación del estudio (sexo, curso y tipo de centro). La aplicación de estas pruebas se realizó previa comprobación de los supuestos paramétricos exigidos por la prueba «t» y ANCOVA.

7.3.1. Nivel de CONOCIMIENTOS al finalizar el tratamiento y estudios diferenciales en relación con la eficacia del programa.

En líneas generales (Tabla n.º 2) se constata un incremento en el nivel global de conocimientos de los alumnos sobre los temas abordados en el programa de Educación para la Salud, alcanzándose una puntuación media-alta, concretamente de 26'71 sobre un máximo de 40. El incremento global que se ha producido es de aproximadamente 3'5 puntos respecto al nivel previo de conocimientos, siendo claramente significativo ($p < 0'001$). El mayor incremento se produce en el grupo experimental con una diferencia entre pretest postest de 3'62, mientras que en el grupo de control la diferencia es de 1'91. En ambos casos la diferencia entre pretest y postest es significativa, pero con

una mayor claridad en el grupo experimental.

Los resultados obtenidos en el ANCOVA muestran diferencias significativas a favor del grupo experimental, controlando la medida pretest. También se constata aumento significativo en los conocimientos globales, tanto del grupo experimental como de control, si bien el aumento es más del doble en el grupo experimental. Así pues, se puede afirmar que el programa manifiesta un efecto significativo, tal como se puede deducir de las diferencias encontradas tanto entre pretest y postest como entre el grupo experimental y de control.

Por otra parte, se constata que, si bien inicialmente los grupos de 3.º ($\bar{X}_{13} = 21'99$) tenían niveles de conocimiento más bajos que los grupos de 4.º ($\bar{X}_{14} = 24'28$), al finalizar el programa alcanzan niveles similares en los dos cursos. Incluso se aprecia que los grupos experimentales de 3.º ($\bar{X}_{F3} = 26'45$) llegan a alcanzar un nivel de conocimientos igual a los de 4.º ($\bar{X}_{F4} = 26'90$) del grupo de control, coherente con el mayor incremento producido en los grupos de 3.º. En general, se observa un mayor nivel final de conocimientos en chicas ($\bar{X}_{FM} = 27'68$) que en chicos ($\bar{X}_{FH} = 25'86$), refrendado con un mayor incremento, es decir diferencia entre pretest y postest, en las chicas que en los chicos.

No existen diferencias significativas por curso, pero sí existen diferencias entre pretest y postest en el grupo de mujeres. En un análisis de ANCOVA factorial

realizado, considerando como variables independientes el tipo de grupo, el curso y el sexo, se siguió manifestando la diferencia significativa entre el grupo experimental y de control, y también un efecto de interacción significativo de tipo terciario, produciéndose los mayores incrementos en la mayoría de casillas o unidades experimentales de los grupos experimentales.

El ANCOVA aplicado al análisis de cada una de las cinco áreas, incluidas en el estudio, arroja diferencias significativas a favor del grupo experimental frente al de control con relación a los conocimientos sobre SIDA y Alcohol, pero no al resto de las áreas.

También se encontraron diferencias significativas en la modificación del nivel de conocimientos (diferencia entre pretest y posttest) del grupo experimental en todas las áreas, si bien se observa que el mayor aumento se produce en los

temas de Tabaco, Sexo y SIDA. Los resultados apuntan en la misma dirección en el grupo de control entre pretest y posttest en general y en alguna de las áreas, pero la probabilidad asociada es menor en todos los casos y en SIDA y Alcohol no se producen diferencias, siendo precisamente en SIDA en la que más diferencias hay en el grupo experimental.

Se mantienen las diferencias significativas en el posttest y en las diferencias pretest- posttest por sexo, a favor de las mujeres, en los temas de Tabaco, Alcohol, SIDA y Sexo. Es decir, en prácticamente todos los ámbitos del nivel de conocimientos, tal como ya se había puesto de manifiesto globalmente. Probablemente factores madurativos, asociados a estas diferencias por sexo, estén subyaciendo a los resultados encontrados, factor a tener en cuenta en la aplicación del programa.

TABLA N.º 2: Análisis de los conocimientos sobre los temas de salud de los alumnos al Iniciar y al Finalizar el curso diferenciando entre los pertenecientes al grupo Experimental y de Control (pruebas «t» y ANCOVA)

CONOCIMIENTOS	GRUPO	\bar{X}_{INICIO}	\bar{X}_{FINAL}	S _{INICIO}	S _{FINAL}	$\bar{X}_{EXPER} - \bar{X}_{CONTROL}$	t (2)	P
GLOBAL	TOTAL	23,35	26,71	4,24	4,65	3,36	14,78	0,000
	EXPERIM	23,26	26,88	4,34	4,49	3,62	14,87	0,000
	CONTROL	23,86	25,77	3,59	5,43	1,91	3,11	0,003
	$\bar{X}_{EXPER} - \bar{X}_{CONTROL}$	-0,60	1,11					
	t (1)	-1,28	1,61		F (3)	6,060		
	P	0,203	0,112		P	0,014		
DROGAS	TOTAL	4,53	5,06	1,04	1,11	0,53	8,89	0,000
	EXPERIM	4,53	5,08	1,05	1,10	0,55	8,52	0,000
	CONTROL	4,50	4,97	0,98	1,17	0,47	2,67	0,010
	$\bar{X}_{EXPER} - \bar{X}_{CONTROL}$	0,03	0,11					
	t	0,31	0,89		F	0,477		
	P	0,761	0,377		P	0,490		
SIDA	TOTAL	4,25	4,94	1,27	1,23	0,69	9,12	0,000
	EXPERIM	4,22	5,00	1,24	1,20	0,78	9,72	0,000
	CONTROL	4,46	4,62	1,39	1,32	0,15	0,72	0,475
	$\bar{X}_{EXPER} - \bar{X}_{CONTROL}$	-0,24	0,38					
	t	-1,31	2,34		F	6,749		
	P	0,195	0,022		P	0,010		
ALCOHOL	TOTAL	4,99	5,44	1,46	1,47	0,45	5,49	0,000
	EXPERIM	4,98	5,54	1,47	1,40	0,56	6,57	0,000
	CONTROL	5,11	4,86	1,39	1,74	-0,24	-1,04	0,301
	$\bar{X}_{EXPER} - \bar{X}_{CONTROL}$	-0,13	0,68					
	t	-0,70	3,00		F	14,962		
	P	0,484	0,004		P	0,000		
TABACO	TOTAL	4,47	5,20	1,29	1,32	0,73	9,74	0,000
	EXPERIM	4,46	5,22	1,28	1,31	0,76	9,50	0,000
	CONTROL	4,53	5,08	1,33	1,39	0,55	2,59	0,012
	$\bar{X}_{EXPER} - \bar{X}_{CONTROL}$	-0,07	0,14					
	t	-0,33	0,76		F	0,932		
	P	0,743	0,448		P	0,335		
SEXO	TOTAL	4,17	5,02	1,76	1,93	0,85	9,44	0,000
	EXPERIM	4,16	4,99	1,76	1,90	0,83	8,87	0,000
	CONTROL	4,20	5,17	1,80	2,08	0,97	3,39	0,001
	$\bar{X}_{EXPER} - \bar{X}_{CONTROL}$	-0,04	-0,18					
	t	-0,20	-0,79		F	0,460		
	P	0,840	0,433		P	0,498		

- (1) Prueba «t» para grupos Independientes para hallar las diferencias entre los grupos Experimental y Control al Iniciar el curso y al Finalizar.
- (2) Prueba «t» para grupos Correlacionados para hallar las modificaciones sufridas durante el curso (entre Inicio y Final) para la Totalidad de la muestra, el grupo Experimental y el grupo de Control.
- (3) ANCOVA entre grupo Experimental y Control al Final del curso, utilizando como covariable las puntuaciones alcanzadas al Inicio.

En síntesis, el programa se muestra eficaz en el incremento en el nivel de conocimientos, base de la modificación en un proceso más lento y largo de las actitudes, con diferencias con el grupo de control. Se encuentran también algunas diferencias en el grupo de control entre

pretest y posttest, bastante lógicas si se tiene en cuenta la edad de los sujetos, el período evolutivo en que se encuentran y la temática de la que se trata, pero en cualquier caso inferiores a las encontradas en el grupo experimental.

7.3.2. Nivel de ACTITUDES al finalizar el tratamiento y estudios diferenciales en relación con la eficacia del programa.

En el desarrollo de este apartado se recogen los resultados obtenidos en el análisis global de cada uno de los temas tratados (Tabla n.º 3) y para un análisis más pormenorizado que permita completar y perfilar la interpretación, se incluirá el análisis detallado de cada uno de los ítems, resaltando los resultados más relevantes, sin olvidar que la valoración de las actitudes se recomienda hacerla globalmente en todos sus ítems.

En cuanto a las *Actitudes* (Tabla n.º 3), los análisis de ANCOVA muestran diferencias significativas en los ítems generales y en los tópicos de Tabaco y Alcohol. Se observa, en general, una tendencia positiva en los grupos experimentales, no así en el de control, en las actitudes generales y hacia el Tabaco respecto a las puntuaciones en el pretest que se especificara en aquellos valores de mayor relevancia. Curiosamente el grupo de control muestra puntuaciones en actitudes más bajas en el posttest que en el pretest, siendo significativa en Alcohol.

Por curso y globalmente se detecta curiosamente una tendencia no significativa a una reducción de las puntuaciones de los alumnos de 3.º, en la mayoría de los tópicos no así en los ítems generales y de tabaco. Se siguen manteniendo las diferencias a favor de los alumnos de 3.º con relación a los de 4.º (ANCOVA). Se pone de manifiesto la influencia posible-

mente de la edad de los alumnos, favorecido por una mayor incorporación a este tipo de hábitos en estas edades, lo que debería llevar a reflexionar sobre la necesidad de tratamiento preventivo de estos temas, en edades anteriores y con especial énfasis en este nivel. Estudios recientes, divulgados por el MEC a través de los medios de comunicación, lograron con aplicación de programas preventivos algunos resultados positivos, entre ellos, a título indicativo, el retraso de la edad de iniciación al hábito de fumar.

Respecto al sexo, las mujeres muestran, con carácter general, una actitud más positiva que los hombres hacia el Alcohol, Drogas, SIDA y Sexo. La mejora respecto al pretest se produce en las mujeres en los ítems generales y en los temas de Tabaco y SIDA, destacando curiosamente una disminución significativa en las actitudes hacia el SIDA en los hombres. En éstos solamente se produce un incremento significativo en los ítems de carácter general.

El análisis de los ítems de carácter general (dos primeros ítems) muestran que la percepción de los alumnos sobre su propio nivel de información general (ítem 1) respecto a estos temas aumenta significativamente respecto al pretest ($\bar{X}_{IE} = 3'99$ y $\bar{X}_{FE} = 4'22$), si bien éste también se produce en el grupo de control ($\bar{X}_{IC} = 3'74$ y $\bar{X}_{FC} = 4'07$). No existen, sin embargo, diferencias significativas en el ANCOVA, es decir entre el grupo experimental y de control en el posttest con el control estadístico del pretest.

Con relación al segundo ítem, referido a la percepción del conocimiento de los efectos dañinos para la salud, se incrementa significativamente el nivel tras la aplicación del programa, siendo superiores los niveles alcanzados en los grupos experimentales ($\bar{X}_{IE} = 4'13$ y $\bar{X}_{FE} = 4'34$) respecto a los de control ($\bar{X}_{IC} = 4'05$ y $\bar{X}_{FC} = 4'05$). Concretamente se dan diferencias entre el grupo experimental y de control, a un nivel ligeramente superior al 0'01, en este segundo ítem. No existen diferencias ni por curso ni por sexo en los dos primeros ítems de la escala, de carácter general.

Globalmente en las cuestiones planteadas en la *Escala de Actitudes* se detecta una mejora de las mismas, aunque no siempre esa modificación es significativa. No obstante, hay que valorar positivamente esa tendencia, dado que en el tiempo transcurrido en la aplicación del programa, de aproximadamente entre tres y cuatro meses, difícilmente se pueden producir cambios sustantivos de las actitudes, si bien la mayor conciencia de los efectos negativos que se pueden producir en la salud, debe conllevar una mejora paulatina de las actitudes de los sujetos.

Respecto a la *Actitud hacia el Tabaco* (Ítems n.º 3 a 11), los sujetos muestran una mayor sensibilidad hacia el carácter perjudicial de su consumo y a su poder adictivo, con diferencias significativas entre pretest-posttest en algunos de los ítems relativos a estos temas. En general se observa una mejora en las actitudes del grupo experimental, destacando especialmente los resultados en cuatro ítems,

donde se encuentran diferencias significativas con los grupos de control en el ANCOVA. Así, en el ítem cuyo contenido es el siguiente: «Conforme nos hacemos mayores es normal que empecemos a fumar» (Ítem n.º 3), la media de los sujetos del grupo experimental ($\bar{X}_{IE} = 2'06$ y $\bar{X}_{FE} = 1'86$) baja respecto al pretest mientras aumenta la del grupo de control ($\bar{X}_{IC} = 1'95$ y $\bar{X}_{FC} = 2'31$), produciéndose diferencias significativas entre ambos grupos. Aunque en ambos casos los valores son inferiores a la media teórica (2'5 sobre 5), si se observa esta diferencia en este caso a favor del grupo experimental, ya que según la formulación del ítem la actitud sería más negativa cuanto mayor fuera la puntuación.

En el ítem n.º 4 «Cuando sea mayor pienso que fumaré», se produce un hecho digno de destacar. Así mientras en el grupo experimental ($\bar{X}_{IE} = 2'06$ y $\bar{X}_{FE} = 2'05$) la media desciende muy ligeramente, estando menos de acuerdo con la afirmación, en el grupo de control ($\bar{X}_{IC} = 1'77$ y $\bar{X}_{FC} = 2'13$) aumenta la puntuación media, mostrando diferencias significativas respecto al pretest, lo que debe interpretarse como que los alumnos que no reciben el programa aumenta la predisposición a fumar cuando sean mayores. Son estos dos ítems demostrativos de la tendencia positiva que marca la eficacia del programa.

En el ítem n.º 8: «Si no fumo cuando sea mayor creo que mis amigos se reirán de mí», nuevamente el grupo experimental ($\bar{X}_{FE} = 1'25$) se muestra significativamente más en desacuerdo que el grupo de control ($\bar{X}_{FC} = 1'45$), si

bien en ambos casos el nivel de desacuerdo es muy alto.

Por su parte, tanto en los ítems 3 como 8, los varones muestran diferencias significativas respecto a las mujeres con medias mayores de los primeros, aunque la magnitud de la diferencia es muy pequeña.

En el ítem n.º 10 se encuentran diferencias significativas entre experimental y control ($\bar{X}_{FE} = 1'47$ y $\bar{X}_{FC} = 1'75$), en el posttest con control de pretest (ANCOVA) a favor del grupo experimental. También hay diferencias en el grupo experimental entre pretest y posttest ($\bar{X}_{IE} = 1'77$ y $\bar{X}_{FE} = 1'47$) a un nivel inferior al 0'001. Los alumnos muestran un mayor nivel de desacuerdo de que «Si fumo no perjudico a nadie». En el grupo de control, por su parte, la media es mayor, es decir manifiestan mayor nivel de acuerdo con el ítem, no encontrando diferencias entre pretest y posttest. No obstante, en ambos casos la media es baja e inferior a la media teórica, aunque se apunta el efecto positivo del programa en el grupo experimental.

Con relación al *Consumo de Alcohol* (Ítems n.º 12 a 25), el resultado más significativo hace referencia al incremento en el reconocimiento de los problemas sociales que ocasiona el consumo de alcohol y en el hecho de que el alcohol les permite ser más valientes y menos tímidos (Ítem 17). Respecto a este último se produce un incremento en la puntuación media tanto en el grupo experimental ($\bar{X}_{IE} = 2'05$ y $\bar{X}_{FE} = 2'40$) como en el de control ($\bar{X}_{IC} = 2'25$ y $\bar{X}_{FC} = 2'98$).

En ambos el incremento es significativo a un nivel inferior al 0'001. Pero además el incremento es muy superior en el grupo de control, produciéndose diferencias significativas a un nivel muy superior al 0'01, tal como se comprueba en el análisis de ANCOVA y en el análisis de diferencias entre pretest posttest de ambos grupos. Así, mientras efectivamente aumenta la creencia en esta idea, el aumento es muy superior sin el efecto del programa.

Existen diferencias significativas entre el grupo experimental y de control en cinco ítems (n.º 12, 13, 14, 17 y 25), de los catorce que componen este bloque dedicado al alcohol, en los análisis de ANCOVA. Igualmente se producen diferencias entre pretest y posttest en el grupo experimental en algunos otros (n.º 12, 17, 19 y 22). El grupo de control manifiesta con una media más alta, aunque ligeramente inferior a la media teórica, que «Fumar o beber ayuda a tener amigos» (n.º 12). Existe un incremento de la puntuación en el posttest respecto al pretest, tanto en el grupo experimental como en el de control. En ambos la diferencia es significativa, pero con menos claridad en el grupo experimental ($\bar{X}_{IE} = 1'45$ y $\bar{X}_{FE} = 1'55$), que en el de control ($\bar{X}_{IC} = 1'44$ y $\bar{X}_{FC} = 1'95$). También son significativas las diferencias en el posttest entre los dos grupos en el ANCOVA, lo que puede interpretarse como un efecto positivo de la eficacia del programa.

En parecidos términos se puede interpretar el ítem n.º 13, referido a la «necesidad de tomar bebidas alcohólicas para

alternar con los amigos». Mientras que en el grupo experimental no hay diferencia significativa entre pretest y posttest, hay un aumento considerable en el grupo de control ($\bar{X}_{IC} = 2'26$ y $\bar{X}_{FC} = 2'61$), produciéndose diferencias significativas. De la misma forma existen diferencias significativas entre grupo experimental y de control ($\bar{X}_{FE} = 1'89$ y $\bar{X}_{FC} = 2'21$) en el posttest con un valor mucho más alto en el posttest (ANCOVA, prueba F). Hay que reseñar que en este ítem ya se encontraron diferencias en el pretest entre grupo experimental y de control, pero esa diferencia aumentó considerablemente. Esa misma tendencia se observa en el ítem 14, «Cuando sea mayor creo que me gustará beber algún tipo de bebida alcohólica» donde, mientras el grupo experimental no modifica su media, el de control se incrementa significativamente, mostrando un mayor nivel de acuerdo que en el pretest. Los resultados del ANCOVA confirman que el grupo experimental manifiesta una tendencia significativamente más baja a consumir bebidas alcohólicas en un futuro ($\bar{X}_{IE} = 2'50$ y $\bar{X}_{FE} = 2'94$).

En el ítem 19: «Aunque beba lo podré dejar cuando quiera» desciende en el grupo experimental el valor de la media mientras que aumenta el del grupo de control. La diferencia entre pretest posttest en el grupo experimental es significativa al 0'05 ($\bar{X}_{IE} = 3'38$ y $\bar{X}_{FE} = 3'22$).

En el ítem 22: «El consumo de alcohol trae muchos problemas sociales», aumenta la media entre pretest y posttest en ambos grupos ($p < 0'001$) ($\bar{X}_{IE} = 3'45$

y $\bar{X}_{FE} = 3'72$), ($\bar{X}_{IC} = 3'41$ y $\bar{X}_{FC} = 3'75$). Los valores del posttest son prácticamente iguales, mostrando un mayor nivel de conciencia de la problemática que generan conforme aumenta la edad.

En el ítem 25: «Los amigos me animan a beber» las puntuaciones son inferiores a la media, pero se encuentran diferencias significativas en el posttest entre el grupo experimental ($\bar{X}_{FE} = 2'04$) y de control (ANCOVA). La diferencia entre pretest y posttest en el grupo de control ($\bar{X}_{IC} = 1'97$ y $\bar{X}_{FC} = 2'46$) es claramente significativa con un incremento notable en la media, mientras que permanece igual en el grupo experimental.

En general, las diferencias siempre son favorables al grupo en el que se aplicó el programa, incluso en aquellos valores correspondientes a ítems que no se diferencian significativamente con el grupo de control. Es probablemente en uno de los ámbitos donde hay más modificaciones. De los análisis realizados en función de tipo de grupo, curso y sexo, destaca que las chicas del grupo experimental de 3.º de ESO muestran una media significativamente superior a los varones de las mismas características en el nivel de conciencia de que el alcohol puede tener el mismo poder de adicción que otras drogas.

Respecto al *Consumo de Drogas* (ítems n.º 26 a 41), no se observan cambios sustantivos respecto a los manifestados inicialmente, donde ya se destacó la alta valoración negativa de su consumo y el alto nivel de conciencia de sus riesgos y peligros de estos grupos.

Llama la atención el incremento significativo que se produce entre pretest y postest tanto en el grupo experimental ($\bar{X}_{IE} = 2'15$ y $\bar{X}_{FE} = 2'42$), como en el de control ($\bar{X}_{IC} = 1'82$ y $\bar{X}_{FC} = 2'18$), sobre el hecho de que en su ambiente se consuman drogas. Sin embargo en el ítem 30, «Consumir porros no tiene riesgo de hacerme un adicto», baja en ambos grupos el nivel de acuerdo respecto al pretest con esta afirmación, produciéndose diferencias significativas y mostrando un mayor nivel de conciencia de su poder adictivo conforme son más mayores.

En el ítem 37, «Los drogadictos son culpables de su problema, así que a mí no me preocupan», aunque la media ronda los dos puntos y, por tanto, no es una creencia dominante entre los sujetos de la muestra, baja la media en el postest, pero como inicialmente se detectaron diferencias a favor del grupo de control con una media más baja, a pesar de la reducción en ambos, se mantiene la diferencia significativa. Sin embargo, en el análisis de ANCOVA, el control del pretest, hace que esa diferencia efectivamente no sea significativa.

En el ítem 38, «Los que consumen drogas es porque tienen algún problema personal», la media en el postest del grupo de control es significativamente superior al grupo experimental. Se produce un incremento importante en el grupo de control en el postest mientras permanece casi invariable en el grupo experimental ($\bar{X}_{FE} = 2'68$ y $\bar{X}_{FC} = 3'08$).

En este apartado se encuentran diferencias significativas en algunos de los

ítems entre el grupo experimental y de control y entre pretest y postest. A pesar de todo se puede apreciar cómo no es una de las áreas de salud estudiadas en la que el efecto del programa sea más claro, aunque hay algunas evidencias. No existen, en general, diferencias significativas reseñables ni por sexo, curso o en los análisis realizados cruzando estas variables.

Con relación al SIDA (Ítems n.º 42 a 49), se mantienen los resultados similares al estudio inicial, si bien se pueden destacar algunos hechos. A las chicas les preocupa este problema de forma significativamente superior que a los chicos. La interacción es significativa entre los tipos de grupo, el sexo y el curso. También hay diferencias en función del sexo, con una puntuación media superior en los varones cuando se les pide la valoración sobre: «No siento comprensión ni cariño por quienes lo padecen, porque ellos se lo han buscado». En este caso son los chicos ($\bar{X}_{FM} = 1'52$ y $\bar{X}_{FH} = 1'91$), los que se muestran más de acuerdo con esto, si bien la media es inferior en ambos casos a la media teórica. El efecto de interacción también es significativo. En la misma línea del contenido del ítem anterior, los chicos ($\bar{X}_{FH} = 2'80$) también tienen una media significativamente superior a las chicas ($\bar{X}_{FM} = 2'35$), respecto a «quien no adopte medidas de prevención allá él», siendo nuevamente significativo el efecto de interacción.

Se incrementa el nivel de conciencia de las causas que provocan el SIDA, tanto en el grupo experimental como en el de control, con más evidencia en el de control, pero en ambos casos la diferen-

cia es significativa entre pretest y postest. No hay diferencias entre grupo experimental y de control, solamente a nivel del ítem 48 en el que el grupo experimental ($\bar{X}_{FE} = 2'10$ y $\bar{X}_{FC} = 2'42$) manifiesta tener menos vergüenza de comunicarlo a los amigos el estar corriendo riesgo de contagio, si bien la significatividad lo es sólo al 0'05.

Respecto al Sexo (Ítems n.º 50 a 60), los sujetos manifiestan un alto nivel de percepción de estar bien informados (Ítem 50), superior en el grupo experimental ($\bar{X}_{IE} = 3'80$ y $\bar{X}_{FE} = 4'38$) que en el de control ($\bar{X}_{IC} = 4'58$) y respecto al pretest del mismo grupo experimental, siendo significativas únicamente entre pretest y postest. Con valoraciones también altas muestran la preocupación por este tema de su entorno de amigos/as (Ítem 51). Existen diferencias significativas entre pretest y postest en el grupo experimental ($p < 0'001$).

En el ítem 54, «A nuestra edad no existe riesgo de embarazos», se produce un aumento significativo en el grupo de control ($\bar{X}_{IC} = 1'23$ y $\bar{X}_{FC} = 1'53$) en el acuerdo con esta afirmación, siendo significativamente menor el nivel de acuerdo del grupo experimental ($\bar{X}_{FE} = 1'31$) con respecto al de control. Pareciera que el programa ha tenido efecto positivo en el grupo al que se aplicó.

Es de destacar el que las chicas ($\bar{X}_{FM} = 2'73$) manifiestan una mayor puntuación sobre el «que sus amigos/as piensan que con su edad no deben iniciarse en las relaciones sexuales» (ítem 52), existiendo diferencias significativas

con la media de los chicos ($\bar{X}_{FH} = 2'22$). En concordancia con este resultado y con un cierto valor como indicador de veracidad, a pesar de las diferencias de matiz de este ítem, se presentan las respuestas al último ítem (ítem 60), donde los chicos ($\bar{X}_{FH} = 3'55$) muestran una media significativamente superior a las chicas ($\bar{X}_{FM} = 2'14$) al manifestarse sobre que: «Estamos en edad de iniciarnos en este tipo de relaciones con cualquier amigo o amiga». También se encuentran diferencias, aunque no significativas en el ANCOVA, en este ítem entre los sujetos de cuarto que obtienen una media superior en unas siete décimas sobre los de tercero, determinados probablemente por la mayor edad, donde un año puede marcar diferencias importantes en formas de pensar y actuar.

Los chicos, por su parte, aunque con una media de 1'45 sobre 5, muestran una menor valoración del riesgo de embarazos a esta edad que las chicas ($\bar{X}_{FM} = 1'21$). Igualmente se muestran más partidarios de recurrir al aborto que las chicas con una media ligera pero significativamente superior ($\bar{X}_{FM} = 2'62$ y $\bar{X}_{FH} = 2'92$).

Las chicas ($\bar{X}_{FM} = 3'00$ y $\bar{X}_{FH} = 2'13$) obtienen una media significativamente superior, con una diferencia de cerca de un punto, al manifestar su posición de que a esta edad no mantendrían relaciones con nadie. También con una diferencia de un punto sobre los chicos ($\bar{X}_{FH} = 3'29$), las chicas manifiestan con una puntuación media de 4'2 su opinión de que sólo se deben mantener relaciones con la persona de la

que está enamorada, muy en consonancia con algunos estudios que muestran la diferencia en la concepción de las relaciones sexuales entre chicos y chicas en la adolescencia, vinculándolas éstas más a la existencia de un enamoramiento.

TABLA N.º 3: Análisis de las Actitudes hacia los Temas de Salud de los alumnos al Iniciar y al Finalizar el curso, diferenciando entre los pertenecientes al grupo Experimental y de Control (Pruebas «t» y ANCOVA)

ACTITUDES	GRUPO	\bar{X}_{INICIO}	\bar{X}_{FINAL}	S _{INICIO}	S _{FINAL}	$\bar{x}_{EXPER} - \bar{x}_{CONT}$	t (2)	P
GENERAL	TOTAL	8,09	8,50	1,41	1,22	0,41	5,84	0,000
	EXPERIM	8,14	8,56	1,41	1,16	0,42	5,63	0,000
	CONTROL	7,82	8,13	1,35	1,53	0,31	1,63	0,108
ÍTEMS A01 A A02	$\bar{x}_{EXPER} - \bar{x}_{CONT}$	0,32	0,43					
	t (1)	1,61	2,10		F (3)	4,290		
	P	0,111	0,039		P	0,039		
TABACO	TOTAL	35,08	35,56	4,39	4,15	0,48	2,20	0,028
	EXPERIM	35,03	35,70	4,46	3,93	0,67	3,01	0,003
	CONTROL	35,37	34,68	3,98	5,23	-0,69	-0,94	0,349
ÍTEMS A03 A A11	$\bar{x}_{EXPER} - \bar{x}_{CONT}$	-0,07	1,02					
	t	-0,81	1,08		F	5,063		
	P	0,419	0,286		P	0,025		
ALCOHOL	TOTAL	51,18	50,83	7,46	6,97	-0,35	-1,09	0,276
	EXPERIM	51,20	51,18	7,47	6,99	-0,02	-0,06	0,954
	CONTROL	51,07	48,62	7,52	6,47	-2,45	-2,95	0,005
ÍTEMS A12 A A25	$\bar{x}_{EXPER} - \bar{x}_{CONT}$	0,03	2,56					
	t	0,01	2,41		F	9,588		
	P	0,995	0,018		P	0,002		
DROGAS	TOTAL	60,58	60,44	7,82	7,49	-0,14	-0,40	0,691
	EXPERIM	60,39	60,15	7,83	7,42	-0,24	-0,66	0,511
	CONTROL	61,70	62,15	7,68	7,76	0,45	0,39	0,695
ÍTEMS A26 A A41	$\bar{x}_{EXPER} - \bar{x}_{CONT}$	-1,31	-2,00					
	t	-0,77	-2,32		F (3)	1,963		
	P	0,445	0,023		P	0,162		
SIDA	TOTAL	32,18	32,14	4,20	4,34	-0,04	-0,19	0,849
	EXPERIM	32,16	32,17	4,18	4,35	0,01	0,05	0,959
	CONTROL	32,32	31,96	4,34	4,33	-0,36	-0,60	0,548
ÍTEMS A42 A A49	$\bar{x}_{EXPER} - \bar{x}_{CONT}$	-0,16	0,21					
	t	-0,30	0,40		F	0,313		
	P	0,768	0,693		P	0,576		
SEXO	TOTAL	40,47	40,55	5,53	5,22	0,08	0,35	0,725
	EXPERIM	40,39	40,58	5,59	5,18	0,19	0,75	0,455
	CONTROL	40,90	40,34	5,16	5,49	-0,56	-0,90	0,370
ÍTEMS A50 A A60	$\bar{x}_{EXPER} - \bar{x}_{CONT}$	-0,51	0,24					
	t	-0,72	0,17		F	0,842		
	P	0,473	0,862		P	0,360		

- (1) Prueba «t» para grupos Independientes para hallar las diferencias entre los grupos Experimental y Control al Iniciar el curso y al Finalizar.
- (2) Prueba «t» para grupos Correlacionados para hallar las modificaciones sufridas durante el curso (entre Inicio y Final) para la Totalidad de la muestra, el grupo Experimental y el grupo de Control.
- (3) ANCOVA entre grupo Experimental y Control al Final del curso, utilizando como covariable las puntuaciones alcanzadas al Inicio.

Por curso se pone de manifiesto que los alumnos de 4.º son más proclives a mantener e iniciarse en relaciones sexuales que los de 3.º, como se desprende de las diferencias significativas encontradas en los ítems 52 ($\bar{X}_{F3} = 2,86$ y

$\bar{X}_{F4} = 2,17$) y 58 ($\bar{X}_{F3} = 3,17$ y $\bar{X}_{F4} = 2,14$).

En este punto se observan tendencias claramente diferenciadas por el sexo, con consistencia en respuestas de características similares, y por la edad.

8. Conclusiones

- El nivel de conocimientos en este período evolutivo sobre estos temas que tan directamente afectan a los adolescentes es, más bien, bajo para lo que cabría esperar en chicos de entre catorce y dieciséis años. Ellos mismos manifiestan y valoran la necesidad de una mayor información.
- La Escala de Actitudes pone de manifiesto, en muchos casos, este bajo nivel de información y, en consecuencia, de toma de conciencia del peligro a que pueden estar sometidos. Es indudable la relación que el nivel de conocimientos tiene con el desarrollo de actitudes positivas.
- Resulta de máxima importancia e interés la necesidad de que estos temas de contenido transversal se vayan paulatinamente incorporando al currículum de la enseñanza, tanto de Primaria como de Secundaria, si se pretende alcanzar centros de calidad, centrados no sólo en los aspectos de carácter instructivo sino también y muy especialmente en la formación en valores y actitudes.

- La valoración de la eficacia del programa, es positiva, especialmente en el incremento en el nivel de conocimientos respecto al pretest y a los grupos de control, base fundamental para el desarrollo de actitudes positivas.
- También se observa una tendencia positiva de cambio hacia la mejora de las actitudes, sin embargo no se muestra todavía con la evidencia deseada.
- Es, probablemente, en temas de Alcohol, Tabaco y Sexo donde parecen producirse los principales cambios. Este hecho puede explicarse por el limitado tiempo de aplicación del programa en comparación con el lento ritmo con que se suele producir la modificación de actitudes, cuya evidencia se manifiesta a largo plazo. No obstante, las diferencias encontradas entre el grupo experimental y el de control, mayoritariamente favorables hacia el primero, apuntan a una valoración positiva de cambio y mejora.
- La aceptación positiva del programa ha sido muy importante en los centros y en los propios alumnos objeto de estudio, en quienes ha suscitado un gran interés, tanto por los contenidos como por el procedimiento metodológico seguido y los materiales utilizados, elaborados a tal fin.
- Sería recomendable que el programa

ma se iniciara ya en el primer ciclo de la ESO, teniendo un carácter continuado y progresivo en el segundo. No obstante, dadas las deficiencias en ese terreno y las exigencias legislativas no cumplidas actualmente, el procedimiento utilizado para el tratamiento de estos temas a través de los tutores y coordinados por el Departamento de Orientación, es una alternativa importante para hacer viable y eficaz la adquisición de valores y educación de actitudes, de acuerdo con la importancia que la propia Ley les asigna en el marco de la educación general.

A estas conclusiones se añaden algunas reflexiones derivadas de la aplicación del estudio, intercambio de ideas, experiencias y opiniones con el personal de los centros y los participantes en la investigación que pueden resultar de interés para posteriores estudios o toma de decisiones relativas a los contenidos transversales:

- Los temas referentes a la transversalidad curricular preocupan en los centros, están sensibilizados con ellos, pero es muy poco lo que se hace al respecto.
- Los tutores, en general, no muestran una actitud favorable ni se sienten preparados ni apoyados para llevar a cabo esta tarea por sí mismos, aunque ven bien y aceptan de buen grado que otros lo hagan.

- Cambiar los conocimientos sobre esta temática cuesta tiempo y esfuerzo, cambiar las actitudes es una tarea aún más larga y difícil, pero que es preciso acometer.
- La diversidad de los materiales y recursos empleados en el tratamiento de estos temas debería ser contrastada y evaluada.
- Es urgente que los tutores estén dispuestos a asumir un mayor protagonismo y responsabilidad en estos temas.
- La receptividad y disposición del alumnado, en general, a toda esta temática es positiva y altamente motivante, si se sabe crear un clima adecuado para ello.
- Cuando algunos educadores, profesores y tutores, que no habían participado en este estudio, han visto los informes de estos centros, han manifestado una clara actitud de llevarlo a cabo en sus centros o grupos de alumnos. Esto lleva a plantearse el dar a conocer el estudio, ofertándolo a algún Organismo / Institución para continuar su aplicación a muestras más amplias y representativas.

Dirección de los autores: M.ª José Fernández Díaz, Rafael Carballo Santaolalla y Narciso García Nieto. Facultad de Educación. P.º Juan XXIII, s/n. 28040. Madrid.

Fecha de recepción de la versión definitiva de este artículo: 22. I. 2003

Bibliografía

- ÁLVAREZ ROJO, V. (1993) Ámbitos temáticos y opciones metodológicas de la investigación en el campo de la Orientación, *Revista de Orientación Educativa y Vocacional*, 4:5, pp. 11-23.
- ARASA FERRER, H. (1991) *Educación para la salud: propuestas para su integración en la escuela* (Zaragoza, Departamento de Sanidad).
- BISQUERRA ALZINA, R. (1998) *Modelos de Orientación e Intervención Psicopedagógica* (Barcelona, Praxis).
- BUSQUETS, M. y otros (1994) *Los temas transversales. Claves de la formación integral* (Madrid, Santillana).
- CALVO BRUZOS, S. (1991) *Educación para la salud en la escuela* (Madrid, Díaz de Santos).
- CONDE HUELVA, A. M. (1997) Programa comunitario de Educación para la Salud, en MORÓN, J.A., *Salud, educación y sociedad* (Sevilla, Diputación de Sevilla / Ayuntamiento de Dos Hermanas).
- DONATI, P.P. (1994) *Manual de sociología de la salud* (Madrid, Díaz de Santos).
- ESCÁMEZ, J. (1990) *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (Madrid, Dykinson).
- ESCÁMEZ, J. y otros (1993) *Educación para la Salud* (Valencia, Nau Llibres- Generalitat Valenciana).
- FORTUNY, M. (1994) El contenido transversal de la educación para la Salud: diseño de la acción pedagógica. *Revista de Ciencias de la Educación*, 159, Julio-Septiembre.
- GARCÍA MÍNGUEZ, J. (1992) *Los temas transversales como criterio de calidad educativa* (Granada, Proyecto Sur).
- GARCÍA MÍNGUEZ, J. (1994) Los ejes transversales del curriculum. Una aproximación a la calidad educativa *Revista de Ciencias de la Educación*, 157.
- GONZÁLEZ LUCINI, F. (1992) Educación en valores y diseño curricular, en GARCÍA MÍNGUEZ, J. *LOGSE: Perfiles para una nueva educación* (Granada, I.C.E.).
- GONZÁLEZ LUCINI, F. (1994a) *Temas transversales y áreas curriculares* (Madrid, Anaya).
- GONZÁLEZ LUCINI, F. (1994b) *Temas transversales y educación en valores* (Madrid, Alauda-Anaya).
- I.N.C.E (1998) *Estudios e informes: Elementos para un diagnóstico del Sistema Educativo Español* (tomo 1 y 2) (Madrid, INCE).
- LÓPEZ URQUIZAR, N. y otros (1999) *Orientación Escolar y tutoría* (Granada, Grupo Editorial Universitario).
- MARCHESI, A. y otros (1993) *Los temas transversales en el curriculum* (Madrid, Alauda).
- MANZANARES GAVILÁN, M. (1993) *Educación para la salud en la formación inicial de maestros* (Editor, Córdoba).
- M.E.C (1992) *Materiales para la reforma. Infantil. Transversales* (Madrid, M.E.C.).
- M.E.C (1992) *Materiales para la reforma. Primaria. Transversales* (Madrid, M.E.C.).
- M.E.C (1993) *Temas transversales y desarrollo curricular* (Madrid, Dirección General de Renovación Pedagógica- MEC).
- M.E.C. y Ministerio de Sanidad y Consumo (1993) *Tabaquismo y alcoholismo* (Madrid, Dirección General de Renovación Pedagógica- MEC/1 Colección de materiales didácticos de Educación para la Salud).
- M.E.C (1995) *Transversales. Educación para la salud. Educación sexual* (Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia).
- MORON MARCHENA, J.A. (Dir.) (1997) *Salud, Educación y Sociedad* (Sevilla, Diputación de Sevilla-Ayuntamiento de dos Hermanas).
- NIEDA, J. (1992) *Transversales. Educación para la salud. Educación sexual* (Madrid, Ministerio de Educación y Cultura).
- O.M.S (1995) *Promoción de la salud de la Juventud Europea. La Educación para la salud en el ámbito educativo* (O.M.S.).
- ORDAÑA, J.R. (1992) *Educación para la salud en Enseñanza Secundaria: SIDA. Guía del educador* (Murcia, Consejería de Sanidad).
- ORTEGA MURCIA, J. y otros (1993) *Materiales didácticos. Educación para la salud. Tabaquismo y Alcoholismo: un problema social* (Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo).
- REYZABAL, M.J. y SANZ, A. (1995) *Los ejes transversales. Aprendizaje para la vida* (Madrid, Escuela Española).
- RODRÍGUEZ ESPINAR, S. (coord.) (1993) *Teoría y práctica de la Orientación Educativa* (Barcelona, PPU).
- RONCHÓN, A. (1991a) *Educación para la salud* (Lleida, Pagés Editors).

- RONCHÓN, A. (1991b) *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto* (Barcelona, Masson).
- SAINZ MARTÍN, M. (1997) La juventud de la cultura de la salud, en MORÓN, J. A. (Coord), *Salud, educación y sociedad* (Sevilla, Diputación de Sevilla / Ayuntamiento de Dos Hermanas).
- SANTOS REGO, M. (1994) Transversalidad y Educación. *Revista de Ciencias de la Educación*, 159, Julio-Septiembre.
- SARLET GERKEN, A. M. (1996) *Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia: la transversalidad educativa* (Barcelona, PPU)
- SERRANO GONZÁLEZ, M. I. (1990) *Educación para la salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodológica* (Madrid, Díaz de Santos).
- VARGAS, A. y PALACIOS, V. (1993) *Educación para la salud* (México, McGraw-Hill).
- WV.AA. (1993) *Revista Cuadernos de Pedagogía*, 241 (monográfico sobre Temas Transversales).
- WV.AA. (1992) *Las materias transversales como criterio de calidad educativa* (Granada, Proyecto Sur de Ediciones).
- WV.AA. (1995) *Revista Comunidad Educativa*, 228. Diciembre (Monográfico sobre «Transversalidad y Reforma»).

Resumen: Eficacia de un programa de intervención curricular de educación para la salud en 2.º ciclo de la E.S.O

Este artículo se centra en la valoración de la eficacia de un programa de «educación para la Salud». El programa se diseñó por el equipo de trabajo a tal fin y se aplicó a alumnos/as de Secundaria, de edades comprendidas entre 13 y 14 años, teniendo en cuenta la importancia que en la actualidad tiene la formación en estos temas de los adolescentes.

La investigación se inscribe dentro de

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

Descriptores: Educación para la Salud, Evaluación de Programas, Metodología cuantitativa, Educación Secundaria

Summary: Efficiency of a program for Health Education for the 2º cycle of Compulsory Secondary School

This articles based on the evaluation of the program for health education. The program was designed by our working group, and was offered to children comprising thirteen to fourteen years of age, taking into account the importance of this subject to children of this age.

This program was conducted under near experimental condition with a control group.

This program was offered in public

and private school, after the children pass a test covering health education matters, such as : Alcohol, drugs, tobacco, sex and AIDS.

After four months of the program, a second test was made to allow comparison with the first test. The results so the efficiency of the program and the improvement of the students knowledge all health matters.

The results are evident although the program would benefit from longer teaching times and being offerd to students of a younger age.

Key Words: Health Education, Evaluation Program, Quantitative Methodology, Compulsory secondary school.