

SALUD ESCOLAR PARA MAESTROS

Miguel Oliveros Dónohue

Fondo Editorial del Instituto Nacional de Salud del Niño
Lima - Perú

A los maestros peruanos, simbolizados en la figura de Humberto Oliveros Márquez, educador de vocación, conductor de juventudes, ejemplo de perseverancia, lucha contra la adversidad y marcha triunfal en su hogar y profesión.

“Trabajo, Honradez y Dignidad” fueron su divisa y recorrió el país, enarbolando ese pendón.

A los autores de los diversos capítulos, compañeros en este trajín, amigos en el esfuerzo de vincular de manera indisoluble Salud y Educación.

Gracias por el esfuerzo, la calidad y sapiencia que han volcado en sus escritos.

Autores

Bernardo Cano

Asistente en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del HNGA. Psiquiatra de niños y adolescentes
Profesor auxiliar de Psiquiatría, Facultad de Medicina San Fernando UNMSM

Raúl Carbajal Reyes

Médico pediatra
Asistente del Servicio de Medicina del Adolescente INSN

Rosario del Solar Ponce

Médico pediatra. Adolescentóloga
Jefa del Servicio de Medicina del Adolescente INSN
Profesora de la Universidad Federico Villareal y de la Universidad Cayetano Heredia

Enrique Miranda Ulloa INSN

Médico pediatra
Psiquiatra. Asistente del Servicio de Psiquiatría INSN

Miguel Oliveros

Profesor principal de Pediatría UNMSM
Maestría en Nutrición y Salud Pública
Doctor en Medicina

Iliana Romero Giraldo

Médico pediatra
Jefa de la Unidad de Capacitación Especializada INSN

Marcela Rosas

Médico- psiquiatra. Psiquiatría de niños y adolescentes.
Profesora asociada de Psiquiatría, Facultad de Medicina de San Fernando UNMSM

José Vignol

Doctor en Sexología, Universidad de Uruguay

Salomón Zavala Sarrio

Profesor principal de Medicina interna, UNMSM
Maestría en Ética en Salud
Doctor en Medicina

Prólogo

Contenido

Capítulo I Salud Integral. Dr. Miguel Oliveros

1.1	Salud integral en la escuela	9
1.2	Educación. Fortalecimiento de hábitos y valores	12
1.3	Familia, profesores y padres. Límites y jerarquías. Disciplina	22
1.4	Escuela saludable y entorno	25
1.5	Higiene física y mental	28
1.6	Municipios saludables	31
1.7	Problemas educativos del aprendizaje	33
1.8	Tutores escolares y educación para la salud.....	35
1.9	Fracaso escolar.....	38
1.10	El maestro y escuela para padres.....	40

Capítulo II. Salud física y nutrición. Dra. Iliana Romero, Dr. Raúl Carbajal

2.1	Crecimiento y desarrollo del escolar	44
2.2	Nutrición	54
2.3	Actividad física. Deportes.....	61
2.4	Inmunizaciones	63
2.5	Tiempo libre. Recreación.....	71
2.6	Accidentes.....	74

Capítulo III. Salud psicosocial. Dr. Enrique Miranda, Dra. Marcela Rosas

3.1	Promoción de la salud: Estilos de vida saludables	82
3.2	Habilidades sociales para la vida.....	85
3.3	Convivencia.....	90
3.4	Resiliencia.....	90
3.5	Problemas en el aula: impulsividad, ira, déficit de atención. Hiperactividad	96
3.6	Desarrollo psicológico	107
3.7	Conducta de riesgo	119
3.8	Violencia sexual: acoso.....	123

Capítulo IV. Salud mental. Dr. Bernardo Cano

4.1	El grupo social y el niño	126
4.2	Temperamento y rasgos de personalidad en el niño.....	131
4.3	Promoción de salud mental en la escuela.....	134
4.4	Déficit de atención con hiperactividad.....	135

4.5	Enfermedad depresiva y trastornos de ansiedad.....	137
4.6	Ideación y conductas suicidas	140
4.7	Los trastornos de la conducta alimentaria	143
4.8	Conducta disocial y violencia en la escuela.....	145
4.9	Adicciones y dependencias de inicio temprano	146

Capítulo V. Salud sexual y reproductiva. Dr. José Vignol, Dra. Rosario del Solar

5.1	Biológico: hormonas sexuales. Tanner en hombres y mujeres.....	149
	Fertilidad Femenina y masculina.	
5.2	Emocional: sentimiento sexual, enamoramiento. Respuesta sexual humana.....	156
5.3	Cuidados: higiene sexual. Derechos sexuales y reproductivos. Masturbación.....	156
	Métodos anticonceptivos. Paternidad responsable	
5.4	Problemas: trastornos menstruales. Embarazo adolescente ITS – VIH.....	178
	Papiloma virus. Problemas genitourinarios en el varón	
5.5	Social: influencia de los medios de comunicación	185

Capítulo VI Ética. Dr. Salomón Zavala

6.1	Ética y Formación de Valores.....	189
6.2	Ética y Ciudadanía	190
6.3	Ética del conflicto	192
6.4	Ética y Paternidad responsable.....	93
6.5	Corrupción.....	194

Presentación

La misión de las escuelas es educar a los estudiantes. Los colegios deben ejercer además un rol poderoso en el cuidado de la salud y bienestar de niños y adolescentes a su cargo. Existen diversos factores socioeconómicos, culturales, nutricionales, médicos, que influyen en la salud y afectan a su vez el rendimiento académico.

La escuela, nuestro segundo hogar por muchos años, debe ser el templo donde se continúe la orientación, formación y desarrollo de valores que se iniciaron en casa. El resultado de esta labor contribuirá al desarrollo y estructura de la personalidad. En esta tarea es menester contar con la invaluable ayuda conjunta de padres de familia y maestros, amén de la buena voluntad y aceptación de la comunidad y los gobiernos locales.

El maestro imbuido de mística vela por la socialización de sus educandos, contribuye a la formación en valores para que se transformen en hábitos de vida, y aporta elementos positivos para la formación integral de sus alumnos, fortaleciendo el respeto, tolerancia y asertividad. Por ello, el educador es un eslabón muy importante dentro del rol educativo que desempeñan las escuelas. La Organización Mundial de la Salud ha creado un nuevo desafío: asegurar la buena salud del escolar y simultáneamente un aprendizaje sin interrupciones por enfermedad. A fin de alcanzar estos objetivos, se ha propuesto el concurso de los maestros en este tema para que laboren coordinadamente con los trabajadores de la salud, habiéndose firmado en nuestro país un acuerdo entre los ministerios de Educación y Salud.

La elaboración de este libro tiene como finalidad favorecer la participación de los maestros en el cuidado de la salud, aconsejando a niños y adolescentes estilos de vida saludables y detectando problemas que requieran ser atendidos en nuestros centros de salud.

El libro ofrece seis capítulos, siendo el primero sobre salud holística o integral donde se objetiva el componente biopsicosocial, el segundo se refiere a la salud física con elementos importantes como el desarrollo físico, la nutrición, deportes, e inmunizaciones. En el tercer capítulo se aborda la salud psicosocial considerándose estilos de vida, habilidades sociales, convivencia, resiliencia, desarrollo psicológico, problemas en el aula, accidentes y conducta de riesgo. El capítulo cuatro nos introduce en la salud mental considerando el grupo social del niño, su temperamento y sus ras-

gos de personalidad, y la patología que incluye depresión, ansiedad, ideación suicida, trastornos de conducta alimentaria, conducta disocial, adicciones, y se finaliza con la promoción de la salud mental en la escuela. El capítulo cinco se refiere a la salud sexual y reproductiva considerando higiene; orientación sexual y sexualidad; prevención de las enfermedades de transmisión sexual; violencia sexual y patología de órganos sexuales.

Finalizamos con el capítulo seis sobre Ética, en el que consideramos los valores, el concepto de ciudadanía, ética del conflicto, paternidad responsable y corrupción.

Se ha puesto especial énfasis en evitar o disminuir el uso de lenguaje técnico, para favorecer el entendimiento de profesionales de otras disciplinas.

Se ha agregado un CD con abundante información para ser revisada, la cual que puede ser de utilidad para aumentar los conocimientos sobre salud escolar y empleada en la escuela para padres.

Esta unión de salud y educación formando un todo, en la búsqueda de un nuevo modelo de peruano para el mañana, redundará en la construcción para ellos de un futuro mejor, con hijos fruto de un amor responsable y maduro, permitiendo que esta meta sea susceptible de ser alcanzada.

El Editor.



»» CAPÍTULO I

Perfil de una salud integral

- 1.1 Salud integral en la escuela
- 1.2 Educación. Fortalecimiento de hábitos y valores
- 1.3 Familia, profesores y padres. Límites y jerarquías. Disciplina
- 1.4 Escuela saludable y entorno
- 1.5 Higiene física y mental
- 1.6 Municipios saludables
- 1.7 Problemas educativos del aprendizaje
- 1.8 Tutores escolares y educación para la Salud
- 1.9 Fracaso escolar
- 1.10 El maestro y escuela para padres

Dr. Miguel Oliveros





1.1. Salud integral en la escuela

Objetivos

- Fortalecer y ampliar el concepto de salud;
- Sensibilizar a los profesores en el tema de salud escolar;
- Precisar las exigencias de salud de acuerdo con la edad;
- Recordar el nexo permanente que debe existir entre padres y maestros;
- Detectar riesgos educativos;
- Contribuir a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de los escolares;
- Favorecer el éxito educacional, resolviendo problemas de salud que afectan el rendimiento escolar;
- Evitar la deserción escolar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como: *El estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.* Esta definición es utópica, pues se estima que solo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana.

Por otro lado, una definición más dinámica de salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y capacidad de funcionamiento que permitan incluir los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

El Perú es un país situado en el lado occidental de América del Sur, posee una compleja geografía dominada principalmente por las elevaciones de la cordillera de los Andes y las corrientes del Pacífico, que le configura climas y paisajes ampliamente variados como la costa desértica, la puna de los altos Andes o la selva tropical de la cuenca amazónica, ambientes todos que determinan al país como un territorio de gran variedad de recursos naturales.

La población peruana está calculada en 28 220 764 habitantes según el censo del año 2007; el 54,6% vive en la costa; el 32,0% en la sierra, y el 13,4% en la selva. La población urbana equivale al 76%, y la población rural al 24% del total. El 30,8% de la población es menor de 15 años, y ellos están en edad escolar. Así, niñez y adolescencia constituyen un tercio de la población.

Con respecto a las familias, se constata que las condiciones en las que crecen la mayoría de niños, muestran una serie de insuficiencias y desventajas que repercuten desfavorablemente en su desarrollo. Son factores a considerar: pobreza, precariedad de la vivienda, limitado acceso a los servicios básicos, desempleo y subempleo, comercio informal, bajo nivel educativo de los padres, tamaño y composición de las familias, alta tasa de fecundidad y embarazos no deseados, medios masivos de comunicación perjudiciales y ambientes familiares con necesidades.



La encuesta realizada en 1991 por el Instituto Cuanto indica que 62 de cada 100 niños no cubren sus necesidades básicas (pobreza crítica); de estos últimos, el 45% no logra ni siquiera satisfacer sus necesidades alimentarias mínimas (pobreza extrema). En 1997 esta institución señalaba pobreza en el 50,7%, y pobreza extrema en el 14,7% de la población nacional.

En el Perú, el sistema educativo enfrenta los retos señalados y tiene tres niveles básicos: la educación inicial, que empieza a los tres años; la educación primaria que dura seis años, con un maestro para cada salón generalmente, y la secundaria de cinco años, donde se practica la polidocencia.

El Instituto Nacional de Estadística (INEI), en el Censo Nacional 2007, señala que la población analfabeta del país se redujo en 5,7 puntos porcentuales, respecto a los resultados del censo 1993. Esta reducción fue mayor en el caso de las mujeres, que de 18,3%, en el año 1993, bajó a 10,6% en el 2007, en tanto que, en el caso de los hombres, esta tasa pasó del 7,1 al 3,6%.

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), en el sector educación, señala que el 94,3% de la población entre 6 y 11 años asistió a algún centro educativo, mientras que en la población entre 12 y 16 años esta cifra disminuyó a 70,1%. En relación con los datos obtenidos en años pasados, la asistencia escolar en primaria (6-11) y secundaria (12-16) se incrementó en 1,1 y 3,2%, respectivamente (ENAH 2007).

La salud escolar

Los objetivos de la educación deben estar relacionados con el fomento y protección del bienestar de las personas, que trasciendan la adquisición de habilidades de lenguaje (lectura, escritura, comprensión) y matemáticas. Indudablemente, el proceso mismo representa un impacto significativo en la vida individual y social de los escolares, al aportar aspectos positivos a su existencia y contribuir a la formación de una personalidad más integrada y segura de sí misma, así como al mejoramiento de las relaciones sociales favoreciendo la convivencia pacífica en la escuela y entorno.

Los niños comienzan la vida escolar aparentemente sanos, sin problemas especiales para lograr su potencial educativo. Sin embargo, un porcentaje de ellos, alrededor del 15% presentan problemas escolares en los que debe tomarse en cuenta la salud física, mental y social. La mayor parte de estos problemas exigen atención especial a causa de subnormalidad intelectual, problemas emocionales diversos, atención limitada, tendencia a distraerse, o insuficiencias en el habla o la lectura.

Alrededor del 15% de escolares presenta problemas educativos en los que debe tomarse en cuenta la salud física, mental o social. La mayor parte de estos problemas exigen atención especial a causa de subnormalidad intelectual, problemas emocionales diversos, atención limitada, tendencia a distraerse o insuficiencias en el habla o la lectura.



La OMS ha puesto énfasis en asegurar la buena salud del escolar, para que se lleve a cabo un aprendizaje sin interrupciones por enfermedad. Estos objetivos son imposibles de alcanzar sin el concurso de los maestros en el tema de salud escolar. El trabajo coordinado de maestros y trabajadores de la salud puede tener éxito si se les da una preparación adecuada. En nuestro país se ha firmado un acuerdo entre los ministerios de Salud y Educación.

Existen cuidados básicos que deben observarse cualquiera sea la edad escolar. Entre ellos figuran la higiene, las inmunizaciones, la alimentación adecuada y los ejercicios físicos además de los exámenes médicos periódicos.

Edad escolar

Preescolar

Un centro educativo ideal para preescolares se caracteriza por poseer un ambiente limpio, seguro y agradable, que satisfaga las necesidades de los niños. Además, debe brindar un espacio suficiente para realizar una variedad de actividades, ofreciendo oportunidades de desarrollo a diferentes niveles, que alienten a los niños de esta edad a tomar decisiones y favorecer su autoestima. Los encargados del cuidado deben ser personas que disfruten trabajando con ellos.

Las actividades y los programas diarios deben planificarse por escrito, y se debe mantener a los padres debidamente informados sobre estos. Es crucial favorecer el desarrollo integral del niño a través de un enfoque de derechos donde intervengan los padres (agentes internos); las personas del entorno del niño como los educadores y los promotores (agentes externos) implementando un trabajo de calidad con estrategias basadas en el juego libre y el protagonismo de los niños

Los programas deben cumplir con las normas promulgadas para proteger y dar seguridad a los niños, y responder a las inquietudes de los padres. La proporción niño-adulto garantiza que los niños cuenten con la supervisión y atención que necesitan. Los proveedores del cuidado infantil deben recibir capacitación continua en áreas como el desarrollo, la salud, la seguridad y la nutrición infantil.

Son ejes de la educación preescolar el juego, la socialización, y la formación de hábitos. Por ello es imprescindible que el programa contemple la necesidad del niño de jugar con sus amigos, para lo cual el docente debe promover experiencias de aprendizaje que le permitan aprender a convivir en paz y a desarrollar habilidades sociales básicas. Además de dedicar un período al desarrollo de sus intereses especiales bajo la supervisión de adultos expertos; es cardinal, en este período de vida, fortalecer la socialización acentuando los valores y los hábitos positivos.

La función de la escuela no es la de sustituir a la familia sino la de integrar y profundizar su acción, prosiguiendo y extendiendo nuevas experiencias de vida y de socialización, en unidad de esfuerzos y de dirección. La familia nos ofrece un niño con una historia personal de vida familiar, a los cuales debemos educar en conjunto. La escuela se convierte, de

este modo, en mediadora de lo que el niño es en su realidad natural y familiar, y aquello en que puede convertirse a través de las experiencias de aprendizaje y de vida comunitaria.

Asimismo, otro ámbito en el desarrollo del niño es su alimentación. Las comidas y refrigerios de los niños en edad preescolar deben ser nutritivos, se debe planificar un horario adecuado y despertar en ellos el interés por los alimentos básicos en una dieta infantil, ya que se encuentran en un período de rápido crecimiento.

La seguridad del niño en el ambiente escolar es otro tema primordial. Como docentes es necesario conocer cuáles son las precauciones que debemos tener en las clases para evitar posibles accidentes siendo conscientes de que una buena prevención repercutirá de forma positiva en la seguridad de nuestra escuela, evitando posibles lesiones durante el recreo o en la práctica de la actividad física. Se debe respetar el grado de actividad física que cada niño pueda desarrollar evitando la competitividad.

Para la prevención de accidentes en el ámbito escolar debemos atender los siguientes criterios: seguridad e higiene en el medio y en la actividad física, posibles causas de algunas lesiones y normas para prevenir dichas lesiones. Pero es obvio que, a pesar de poder reducir estas al mínimo con una buena prevención, siempre estaremos expuestos a un posible accidente. Una vez que ocurra el accidente debemos dar una respuesta rápida y adecuada al afectado.

Por último, es primordial que exista en el centro educativo un plan para la identificación y la prevención de abuso y maltrato infantil en el ambiente escolar. La escuela, por el rol fundamental que desempeña en la vida infantil, es el lugar privilegiado para promover la defensa y la vigencia de los derechos de la infancia, como también para detectar su vulneración. La detección activa del maltrato infantil e intervención en el ámbito escolar permite al profesorado ser un eficaz agente de prevención y apoyo a los niños que puedan estar sufriendo esta dolorosa situación. El impacto que sobre los niños ejerce el maltrato y la violencia en la familia tienen repercusiones que pueden afectar cada una de las esferas de su desarrollo: físico, cognitivo, afectivo, social y emocional.

Escolar

Entre los seis y los doce años, todos los niños deben tener acceso a una educación básica de calidad que les permita aprender a aprender, y que se refuerce los valores para la convivencia y la democracia. Pero además del acceso a la educación, es necesario velar porque tengan condiciones de salud y nutrición apropiadas, incluyendo los micronutrientes necesarios, y que vivan en un ambiente libre de violencia y maltrato.

Actualmente el número de niños en edad escolar y la proporción que asiste a la escuela son mayores que en ningún otro momento en la larga historia de la humanidad. Este fenómeno, que refleja tanto el éxito de los programas dirigidos a mejorar la supervivencia infantil como el de las políticas de educación obligatoria, ha creado un nuevo desafío: asegurar la buena salud del escolar y, simultáneamente, un aprendizaje sin interrupciones por enfermedad. A fin de alcanzar estos objetivos se ha propuesto la participación de los maestros, ya que en muchos países en desarrollo su número supera al de los trabajadores de la salud. Los resultados de análisis teóricos del Banco Mundial, según los cuales los sistemas de salud con componentes de educación escolar que podrían ser efectivos, llevaron a la formación de un consorcio de gobiernos, donantes y agencias técnicas denominado The



Partnership for Child Development encargado de evaluar las intervenciones de salud, con sus respectivos costos, que se podrían emprender en el contexto de la educación primaria.

The Partnership for Child Development apunta a la necesidad de mantener programas para mejorar la salud del niño en edad escolar, y demuestra que el sector de la educación representa un medio práctico para alcanzar esta meta. Aún faltan definir las estrategias que deben adoptarse pero, en principio, deben abarcar componentes de educación sanitaria, servicios de salud y nutrición, instalaciones escolares adecuadas, y políticas tendientes a proteger los derechos de los niños. Mejor salud, nutrición y educación para los niños en edad escolar (*Better health, nutrition and education for the school-aged child*).

La participación de los maestros en la salud escolar de los niños puede hacerse a través de la promoción de diversas actividades en la escuela. Una es la necesidad impostergable de que ellos impulsen la verificación del esquema de vacunación de los niños de acuerdo con su edad, y lo comuniquen a padres y personal local de salud. Además, deben enseñar y promover el consumo de agua segura, el lavado de manos, la disposición de excretas, y el manejo de la basura y de aguas residuales. También es necesario impulsar y promover acciones para crear un medioambiente saludable; todo ello en coordinación con las direcciones del área de salud y direcciones departamentales de educación, en el marco de la iniciativa de Escuelas Amigas de la Niñez.

Adicionalmente, se debe estimular la toma de peso y talla en todos sus alumnos y asegurarse de que se utilizan las tablas pertinentes para verificar los patrones de normalidad o deficiencia nutricional. Esto como prevención del bajo rendimiento escolar en niños con malaria, desnutrición, anemia, deficiencias de yodo, hierro, parasitosis y enfermedades crónicas.

Otro problema que abordar desde la escuela es una planificada intervención para la detección oportuna de dislexia en los educandos del nivel primario. Un estudio de expertos psicólogos, utilizando el instrumento psicométrico llamado Dislex indicó que el 7,5% de la población infantil sufre dislexia. El estudio se efectuó sobre una muestra de 362 alumnos de Chimbote, Trujillo y Chiclayo, y demostró también que hay un importante problema en la comprensión de lectura. Los especialistas manifestaron que la dislexia está muy asociada al idioma y, pese a que el castellano es más fácil de aprender, tenemos problemas para codificar palabras, lo cual genera frustración y limitación en el desarrollo educativo.

Salud y escolares adolescentes

Los mensajes de salud transmitidos en las escuelas obviamente deben incluir la promoción de la salud y estilos de vida. El suministro de cuidado óptimo de la salud que se debe tener en la adolescencia exige una comprensión a fondo de los cambios biológicos, cognoscitivos y socioculturales que se dan en esta etapa de la vida. En colaboración con el personal de salud de su distrito es conveniente trabajar enfatizando temas como: planificación familiar y sexualidad humana; trastornos alimenticios; enfermedades transmitidas por contacto sexual, sobre todo la infección por virus de la inmunodeficiencia humana; abuso de drogas; depresión; violencia, y medicina del deporte.

Con respecto a la presencia de accidentes, en esta edad, como en las anteriores etapas, tan importante como la prevención será la actuación a llevar a cabo una vez sucedido el accidente. Por tanto, es esencial que el profesorado, y en especial el docente de educación física, conozca cómo actuar en el escenario del incidente para ello debe manejar las



técnicas de urgencia sobre primeros auxilios vitales como la respiración boca a boca; la reanimación cardiopulmonar; la maniobra de Heimlich (también llamada compresión abdominal, el cual es un procedimiento de primeros auxilios para desobstruir el conducto respiratorio por atragantamiento); la hemorragia nasal; los mareos, etc. Además, como profesionales en educación física deben estar al tanto de las lesiones más típicas en la práctica físico-deportiva, (contusiones, calambres, tirones, roturas fibrilares, tendinitis, esguinces, fracturas, luxaciones, asfixias, deshidratación, insolación, hipotermia). Estas actuaciones deben ser inmediatas para disminuir o evitar complicaciones.

Riesgo educativo

El considerar la salud del ser humano con un enfoque biopsicosocial ha recibido la denominación de medicina integral. Al llevar este concepto a la salud escolar debemos tener en cuenta la salud física, mental y social de los educandos, además de incluir a la familia, la educación, la comunidad y cada uno de sus entornos.

La escuela debe ser fuente de socialización secundaria, basándose en la axiología, le compete formar buenos ciudadanos educándolos en valores, haciendo que conozcan sus derechos, asumiendo sus deberes, aprendiendo a respetar a los demás, a convivir en forma pacífica y a cuidar su salud.

La educación y la salud deben ser las dos conquistas sociales más importantes que beneficien a nuestra niñez y adolescencia. El sector educacional tiene una misión estratégica por cuanto es el encargado de educar en salud y para la salud desde las primeras edades en busca de mejorar la calidad de vida de nuestra población

La promoción de la salud, al señalar estilos de vida saludables y prevenir las enfermedades, además de tomar en cuenta necesidades psicobiológicas y psicosociales, pueden ser los pilares de la salud escolar. Se ha reportado, sin embargo, la carencia de recursos humanos calificados y la falta de coordinación entre los ministerios de Salud y Educación. En todos los países de la región de las Américas se llevan a cabo programas de salud escolar que proporcionan servicios para diagnosticar problemas auditivos, visuales, nutricionales y de la postura que pueden afectar al aprovechamiento de los escolares. En esos programas también se imparten conocimientos sobre higiene, alimentación, prevención de accidentes, saneamiento, problemas de conducta y aprendizaje, y otros temas. Sin embargo, la mayor parte de los programas tienen una estrategia de enseñanza tradicional que no logra transmitir exitosamente los conocimientos que lleven a desarrollar las habilidades necesarias para adoptar estilos de vida más saludables

Las actividades médicas deben tener una política de salud integral, debiendo orientar la problemática a la edad de los escolares y centrarse en la vigilancia del crecimiento y desarrollo y la salud mental de ellos. Para poder actuar en forma anticipada es conveniente tener en cuenta la población en riesgo, lo que permitirá orientar los recursos a los grupos más vulnerables ya sea por factores biológicos o psicosociales.

Para lograr esta deseada integralidad, dadas las diversas características psicológicas, sociales, educacionales, económicas, políticas, legales, etc. de los problemas de salud escolar, es mandatorio asegurar un enfoque interdisciplinario, conformando equipos de trabajo constituidos por pediatras, psicólogos, educadores, enfermeras, nutricionistas y médicos especialistas como interconsultantes.



Es crucial detectar tempranamente a los niños en riesgo de presentar problemas educativos, los que si no se corrigen pueden conducir al fracaso y deserción escolar. Para ello es conveniente formar a las profesoras de educación inicial y nivel básico en la detección de los problemas psicológicos y de salud más frecuentes para que ellas puedan derivar los niños afectados a los centros de salud pertinentes.

Existe un porcentaje significativo de niños con problemas especiales de salud, y otro con desventajas económicas y sociales, las que se acompañan de barreras que impiden su incorporación a los planes nacionales de salud. Estos niños están condenados a la deserción y fracaso escolar. Un ejemplo de ello son los nacidos con muy bajo peso y los prematuros, quienes presentan, con frecuencia, secuelas neurológicas y de conducta, desventaja a la que se agregan, muchas veces, la pobreza y los problemas sociales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha propuesto difundir en los estudiantes y en la comunidad educativa actitudes, conocimientos, y prácticas apropiadas sobre alimentación y salud; estimular en los escolares la habilidad para tomar decisiones sobre salud; facilitar su pleno desarrollo físico, psíquico y emocional; inculcar estilos de vida saludables; fomentar la responsabilidad y el compromiso de participar en actividades para mejorar la salud; favorecer relaciones constructivas que fomentarán la autoestima entre los miembros de la comunidad educativa; ofrecer un ambiente de estudio y trabajo más sano; definir objetivos claros sobre la promoción de la salud; integrar de manera coherente la educación para la salud en el plan de estudios e identificar y aprovechar los recursos existentes para la educación en salud.



EL CONFLICTO GENERACIONAL

El médico de familia inglés Ronald Gibson comenzó una conferencia sobre conflicto generacional, citando cuatro frases:

- 1) *Nuestra juventud gusta del lujo y es mal educada, no hace caso a las autoridades y no tiene el menor respeto por los de mayor edad. Nuestros hijos hoy son unos verdaderos tiranos. Ellos no se ponen de pie cuando una persona anciana entra. Responden a sus padres y son simplemente malos;*
- 2) *Ya no tengo ninguna esperanza en el futuro de nuestro país si la juventud de hoy toma mañana el poder, porque esta juventud es insostenible, desenfrenada, simplemente horrible;*
- 3) *Nuestro mundo llegó a su punto crítico. Los hijos ya no escuchan a sus padres. El fin del mundo no puede estar muy lejos;*
- 4) *Esta juventud está malograda hasta el fondo del corazón. Los jóvenes son malhechores y ociosos. Ellos jamás serán como la juventud de antes. La juventud de hoy no será capaz de mantener nuestra cultura.*

Después de enunciar las cuatro citas, el doctor Gibson observaba como gran parte de la concurrencia aprobaba cada una de las frases. Aguardó unos instantes a que se acallaran los murmullos de la gente comentando lo expresado y entonces reveló el origen de las frases, diciendo:

La primera frase es de Sócrates (470 - 399 a. C.);

La segunda es de Hesíodo (720 a. C.);

La tercera es de un sacerdote (2000 a. C.);

La cuarta estaba escrita en un vaso de arcilla descubierto en las ruinas de Babilonia (actual Bagdad) y con más de 4000 años de existencia.

Y ante la perplejidad de los asistentes, concluyó diciéndoles:

-Señoras madres y señores padres de familia:

¡RELÁJENSE, QUE LA COSA SIEMPRE HA SIDO ASÍ!

El comentario del Dr Gibson es respetable, pero nos gustaría reflexionar: en esa época no se consumían drogas ilegales, no tenían pandillaje ni existía delincuencia organizada con utilización de menores para actuar como sicarios.

“Es conveniente leer y actuar con espíritu crítico”



Autoevaluación

- ¿Qué es salud integral? ¿Por qué son importantes los programas en esta área?
- ¿Cuán importante es la salud en el rendimiento escolar?
- ¿Quiénes son los encargados de detectar niños en riesgo de problemas de salud que repercutan en su educación?
- ¿Pueden los problemas de salud ser causa de fracaso escolar? ¿Por qué?
- ¿Es importante la detección temprana de la población a riesgo? ¿Por qué?
- ¿La salud integral debe tener un enfoque interdisciplinario? ¿Por qué?

Bibliografía

1. Temas de actualidad. Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar. *Rev Panam Salud Publica* 1997; 2(3): 209-214.
2. Salud Mundial. Revista de la Organización Mundial de la Salud, 49 años, N.º 4. Julio - Agosto de 1996. Escuelas promotoras de la salud.
3. C. Jason Wang; Marc N. Elliott; Elizabeth A. McGlynn; Robert H. Brook and Mark A. Schuster. Population-Based Assessments of Ophthalmologic and Audiologic Follow-up in Children With Very Low Birth Weight Enrolled in Medicaid: A Quality-of-Care s *Pediatrics*. 2006 Sep;118(3):1078-86.
4. Álvarez J. Trastornos de aprendizaje en Pediatría de Atención Primaria. Navarra. Disponible en www.spapex.org/pdf/aprendizaje.pdf.
5. Oliveros M. Factores de riesgo de abandono escolar en adolescentes mujeres en conflicto con la ley. *Revista Peruana Pediatría* 2007; 60(1): 4-9.
6. Fernández F; Rebolledo D; Velandia A. Salud Escolar ¿Por qué el personal de enfermería en las escuelas españolas? *Hacia la Promoción de la Salud*, 2006; 11:21-28.
7. Monje J. Atención integral a niños y adolescentes en alto riesgo social. Problemática y estrategias de intervención con menores trabajadores y menores de la calle. DESCO: Políticas sociales de salud e infancia, Lima – mayo 1999.
8. Flores Guevara I. Ser Niño en el Perú. *Paediátrica*, Vol. 3, N.º 1, enero - abril 2000.
9. ENAHO Septiembre 2007 blog.pucp.edu.pe/item/17729.
10. Lázaro I. Estudio de las condiciones socioeconómicas de los niños y adolescentes que trabajan. UNMSM economia.unmsm.edu.pe/.../IIEc.

1.2. Educación. Fortalecimiento de hábitos y valores

Objetivos

- Enfatizar que la escuela es responsable de la socialización secundaria, en ella se continúa la orientación, formación y desarrollo de hábitos y valores;
- Fortalecer los hábitos para que se transformen en valores y virtudes;
- Encaminar los hábitos y valores para que sean normas y conducta de vida;
- Educar y fomentar los estilos de vida saludables;
- Enfatizar la formación en civismo y democracia.

Los valores son pautas que orientan el comportamiento humano hacia la transformación social y la realización de la persona. Los primeros valores se forman en la familia; son los que perduran durante toda la existencia porque la madre y el padre los transmiten en la vida diaria a los hijos, entre ellos están la honradez, la honestidad, la sinceridad, y el amor por nuestros semejantes y la naturaleza. Los valores como hábitos de vida darán origen a las virtudes, las que han sido definidas como nuestros valores morales.

Luego, la escuela, conjuntamente con el hogar y la comunidad, les incorpora otras cualidades a los alumnos lo cual les enriquecerán la personalidad. El ejemplo del maestro como paradigma es esencial en la formación de valores.

Las virtudes humanas han sido programadas de acuerdo con los períodos sensitivos, que son lapsos en los cuales son más factibles determinados aprendizajes. Estos períodos sensitivos del niño suceden mayormente durante la infancia pero se prolongan hasta los 18 años. Tienen mayor intensidad antes de los 6 años. A los 12 años se ha consumido el 80% de los períodos sensitivos. Por ejemplo, un niño entre uno y cuatro años es capaz de aprender la lengua materna o más idiomas sin esfuerzo y con la mayor naturalidad, ya que está viviendo el período sensitivo del hablar.

Se han distribuido las virtudes en función de los períodos sensitivos

Edad (años)	0 - 7	8 - 12	13 - 15	16 - 18
Virtud cardinal dominante	Justicia	Fortaleza	Templanza	Prudencia
Virtud teologal dominante		Caridad	Fe	Esperanza
Virtudes humanas preferentes	Obediencia Sinceridad Orden	Fortaleza Perseverancia Laboriosidad Paciencia Responsabilidad Justicia Generosidad	Pudor Sobriedad Sociabilidad Amistad Respeto Sencillez Patriotismo	Prudencia Flexibilidad Comprensión Lealtad Audacia Humildad Optimismo

Fuente: Chirinos R, 1999.



El comportamiento moral de los escolares es motivo de estudio y preocupación. En el proceso de la formación integral de las personas, el aspecto ético moral tiene una importancia relevante ya que de ello depende el buen desarrollo de los programas de vida de las personas, además de que hay un fortalecimiento de la ética social. Así mismo, el adquirir buenos hábitos por medio del desarrollo de valores y virtudes nos hace ser mejores seres humanos, enemigos de la corrupción, exitosos en la escuela y en la familia.

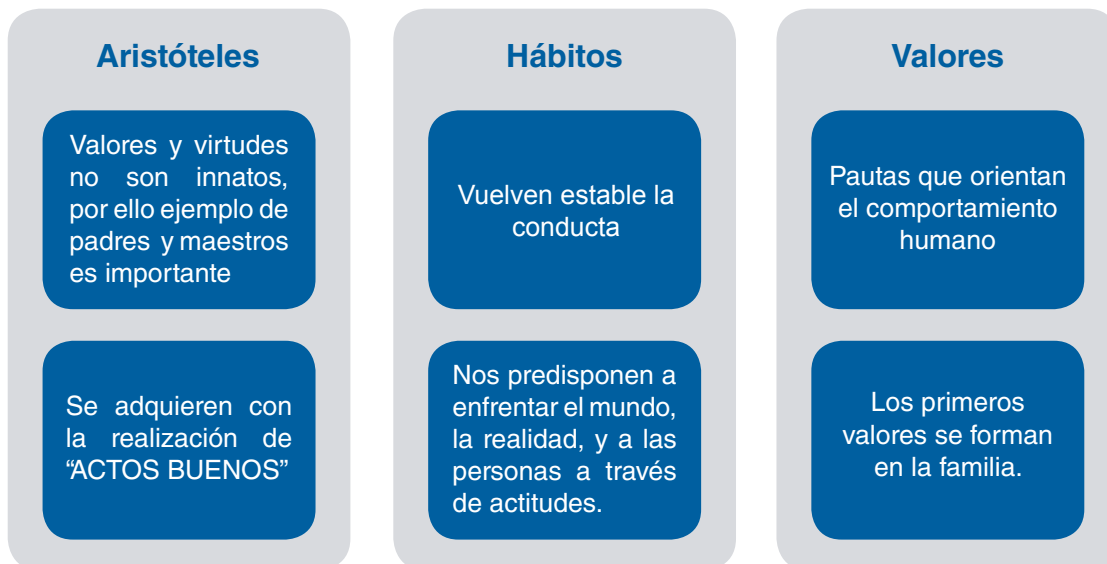
La escuela tiene un propósito mayormente educativo, y educar es fundamentalmente desarrollar hábitos. Los hábitos pueden ser definidos como la segunda naturaleza de lo humano, es lo que tenemos como propio y asociado necesariamente a uno mismo. El hábito es la proyección del ser en el hacer: “casi sin pensarlo hago lo que soy, porque en algún momento construí con mi pensamiento y mi voluntad la decisión”.

Formar educativamente hábitos significa proponernos hábitos positivos, hábitos que conducen al bien y que se pueden transformar en virtudes. Aristóteles consideraba que los valores y las virtudes no son innatos, sino que se adquieren con la realización constante de actos buenos, por lo que el ejemplo de padres y maestros toma dimensiones importantísimas. El señalaba: La virtud es un hábito adquirido mediante el esfuerzo y la constancia. Se tienen ciertas disposiciones para la virtud, pero para que se conviertan en hábitos se necesita un largo ejercicio. Es además, un hábito voluntario pues no basta conocer el bien para practicarlo, ni el mal para evitarlo. Se necesita la voluntad. Por eso en la virtud interviene la inteligencia que delibera, y la voluntad que elige.

Los hábitos vuelven estable la conducta y nos predisponen a enfrentar al mundo, la realidad, y a las personas a través de actitudes. La actitud es una conducta que se torna habitual y para ello requiere de su progresiva constitución, iluminación intelectual y una decisión volitiva. Es un tipo de hábito que se concentra en los aspectos fundamentales de la persona y en sus relaciones con los demás.

Las actitudes se sitúan entre los valores y las conductas, constituyendo la mediación vivida entre los primeros y las segundas. Se derivan necesariamente de los valores y orientan efectivamente la conducta, comunicándole dirección, sentido, tensión y fuerza.

Las actitudes constituyen un sistema relativamente estable de percepciones y evaluaciones, de sentimientos y emociones, de tendencias a la acción, organizadas en relación a una situación significativa o con un objetivo propuesto. Engloban elementos perceptivos, interpretativos y valorativos, y una disposición a la acción interior o exterior.



Educar consiste en: (1) formar hábitos positivos y favorables; (2) desarrollar actitudes humanizantes y humanizadoras, y (3) descubrir el universo axiológico, facilitando la incorporación de los valores.

La formación en valores se justifica por la necesidad que tenemos como individuos de conocer y poner en práctica ciertos principios éticos que orienten nuestros pensamientos, decisiones y juicios valorativos, así como evaluar el resultado de nuestras acciones. El respeto, la tolerancia, la solidaridad y la asertividad conducen a una sólida amistad y permiten la convivencia pacífica, por lo que deben ser enfatizados constantemente por los docentes hasta que se constituyan en hábitos de vida.

La formación de actitudes no es exclusividad de la escuela, sino tarea de diversos agentes educativos. En la escuela, la formación de hábitos y actitudes, y la apertura a los valores, está directamente relacionada con la mediación cultural. La escuela tiene como misión social específica la de educar a través de la transmisión sistemática, crítica y creativa de la cultura vigente. La formación educativa básica (hábitos, actitudes, valores) no constituye un fin en sí mismo sino que es condición de posibilidad para el ingreso del sujeto a vivir en un medio social y cultural.

Los maestros deben inculcar disciplina, por ser este un hábito fundamental para desarrollar otras virtudes, sin la disciplina es imposible tener fortaleza y templanza ante las adversidades que se presentan día a día. "En una institución educativa la disciplina se expresa como un comportamiento en el cual el alumno se rige por las leyes del respeto hacia el profesor y a los compañeros del aula."

El civismo, el respeto, la honestidad y todos los valores humanos son en gran medida hábitos, rutinas, que aprendemos en la familia de forma inconsciente, que fortalecemos en la escuela, y que más adelante llegamos a valorar con la reflexión de la madurez. La mejor forma de transmitir valores, de aprender a vivir en sociedad, es no aplicar jamás la tan popular frase de "haz lo que yo digo, y no lo que yo hago". Si queremos que nuestros hijos alcancen esa sociedad tan soñada debemos empezar por crearla nosotros mismos y "hacer lo que decimos", predicando con el ejemplo.



Bibliografía

1. Noro, J. E. Actitudes y valores. Puerta de entrada a una escuela nueva. Revista Iberoamericana de Educación. Disponible www.rieoei.org/deloslectores/576Noro.PDF.
2. Fernández Anaya R. Construcción y fortalecimiento de hábitos y valores, Disponible www.amydep.com/Documentos/valoresAMYDEP.doc.
3. Cotería E. La Disciplina. Monografía. Disponible www.monografias.com/Educacion.
4. Puentes J. El maestro en la promoción de valores morales en la escuela primaria.
5. Habilidades sociales. Disponible en www.cepmotilla.es/tutor/gades/gades_habilidades.pdf.
6. Jacques Delors. La educación encierra un tesoro. UNESCO. Santillana, Madrid 1996.
7. Barreal San Martín JM. Convivencia en el aula y valores sociales. jmanuelb@educastur.princast.es.
8. López de Llergo AT. El dónde y el cómo de los valores. alopezde@mx.up.mx.
9. Fernández Anaya RG. Importancia de los valores para la educación integral de los adolescentes. México 1998.
10. Chirinos Montalbetti R. Educar, Formar y Construir Valores. El reto educativo del tercer milenio. Escuela de Asesoramiento & Capacitación Pedagógica. Lima, 1999.
11. Lineamientos curriculares. Educación ética y valores humanos. Áreas obligatorias y fundamentales. Ministerio de Educación Nacional. Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1998.

Autoevaluación

- ¿Dónde se forman los primeros hábitos y valores?
- ¿Quiénes son responsables de la socialización secundaria?
- ¿Qué importancia tiene cultivar hábitos saludables?
- ¿Qué debe hacer la escuela para conseguir formar ciudadanos ejemplares?
- ¿Cuándo y cómo se convierte el profesor en ejemplo para sus alumnos?
- ¿Cómo transformar el conocimiento de hábitos en actitudes?
- ¿Cómo se puede fomentar la convivencia pacífica?
- ¿Cómo se pueden fomentar el civismo y democracia en la escuela?

1.3. Familia, profesores y padres. Límites y jerarquías. Disciplina

Objetivos

- Proporcionar a padres, profesores y tutores, elementos formativos encaminados a fortalecer la convivencia pacífica en la escuela, y favorecer el cumplimiento de sus responsabilidades de manera efectiva;
- Transmitir conocimientos, valores, habilidades y actitudes que se transformen en hábitos en el proyecto de vida de sus alumnos;
- Educar en el ejercicio de la paternidad alternativa, basados en equidad de género, respeto y amor;
- Promover la responsabilidad de la crianza y educación de la niñez;
- Mantener excelente relación entre hogar y escuela, para que los padres entiendan y acepten la necesidad de fortalecer las habilidades sociales y hacer cumplir las tareas escolares.

La Familia es una unidad social, jurídica y económica que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las que dependen de legados culturales con raíces universales. Debe dar soporte a sus miembros, posibilidades de evolución de acuerdo con proyectos de vida y desarrollar habilidades para adaptarse a situaciones difíciles. La familia transmite hábitos y costumbres que forman parte de su legado a las siguientes generaciones.

Estructura. La familia ha perdido la estabilidad del régimen patriarcal de épocas pasadas debido a exigencias de la vida moderna. La madre, con frecuencia, trabaja fuera del hogar. Hay mayor independencia de la mujer y las relaciones conyugales son más precarias. Necesitamos conocer la estructura familiar de nuestros educandos para evaluar su funcionalidad y aplicar orientaciones terapéuticas.

Es necesario conocer la interacción entre sus miembros, la jerarquía, alianza, límites, redes de apoyo, su comunicación y flexibilidad.

Jerarquía. El sistema familiar debe tener niveles de autoridad de acuerdo con las etapas del ciclo vital, personalidad de sus miembros, dinámica de relaciones conyugales y orden de nacimiento. Cada individuo adopta niveles de autoridad; por ejemplo, en la relación madre-hijo, ella ejerce un nivel jerárquico más elevado, situación que cambia cuando su esposo se halla presente, si es que existe una relación conyugal tradicional de tipo complementario.

La distribución funcional de la autoridad necesita una definición puntual en cada contexto de la vida familiar. Es recomendable que en el hogar los padres compartan la jerarquía, siendo flexibles de acuerdo con la relación establecida previamente por ellos. Si se quebranta la autoridad, o no está definida, se pueden ocasionar problemas psicológicos individuales o grupales. Se debe evitar confusiones de responsabilidad y reglas de convivencia entre los miembros de una familia.

Dinámica. La familia puede ser sana o funcional y disfuncional. Familia funcional: tiene límites claramente definidos entre los subsistemas. Las jerarquías



son reconocidas por todos sus miembros, les permite desarrollar tareas con las que pueden evolucionar y lograr autonomía personal.

Familia disfuncional: el comportamiento de sus miembros es ambivalente, las jerarquías son confusas, los límites no son precisos y se generan tensiones en aumento.

Funciones

Debe contribuir a desarrollar la identidad individual de sus componentes.

Favorecer la articulación de sus miembros con la sociedad y brindarles protección frente a la misma.

Permitir la continuidad de la especie y de la cultura a través del legado generacional

Los padres. Deben ser modelos positivos, ejemplares, hablar con los hijos ayudándolos a resolver sus problemas, educarlos en valores de respeto y tolerancia, definir normas claras y consistentes, promover la amistad con compañeros de conducta correcta, estimular alguna afición que fomente habilidades, enseñarles a solucionar conflictos pacíficamente e involucrarse en la educación escolar.

La Escuela. Es la institución a la que los padres le encomiendan la transmisión del legado cultural desarrollado por el hombre a lo largo de la historia, y que se considera importante conservar. La escuela vela por la socialización de sus educandos, y la permanente formación en valores, los que se transformarán en hábitos de vida.

El maestro debe educar en valores para complementar la formación del hogar, orientar al educando en los problemas morales de la vida cotidiana, mostrando autoridad en la relación docente-alumno y siendo ejemplo permanente en todas las actividades que se desarrollen. El maestro debe estar imbuido de mística y aportar elementos positivos para la formación integral de los alumnos, desterrando todo tipo de abuso o acoso, fortaleciendo el respeto, tolerancia y asertividad.

Jerarquía del maestro. Los escolares reconocen que debe haber un buen trato en la relación docente-alumno, pero que muchas veces hay conflictos cuando el maestro no utiliza adecuadamente la jerarquía. Algunos reclaman más paciencia al maestro, otros señalan que hay compañeros que no observan buena conducta en clase y que el maestro debe ponerles “límites”

El maestro, cuestionado en su autoridad y desvalorizado socialmente en los últimos años, se ha visto forzado a adecuarse a nuevos estilos de crianza y la práctica de la permisividad en las familias actuales. Se torna entonces en un maestro menos enérgico y más amigable, pero siempre debe conservar la autoridad.

Entorno Hogareño. En la vida familiar se requiere comprensión mutua, mensajes directos y claros, apertura y buena comunicación, para evitar distorsiones. Una familia funcional se diferencia de la disfuncional por la manera cómo maneja sus conflictos.

La familia funcional emplea correctamente la comunicación para identificar y resolver problemas, mientras que la disfuncional convierte la comunicación en instrumento de ataque para una lucha de poder, que desgasta y destruye el hogar.

La flexibilidad, íntimamente relacionada con la comunicación y tolerancia, abarca todas

las facetas de una estructura familiar, siendo necesarias para respetar las diferencias individuales de los miembros de la familia. Si la flexibilidad es adecuada, se consiguen patrones de conducta que solucionan problemas.

La familia disfuncional, por el contrario, es rígida y no posee alternativas de conducta, sus demandas generan estrés y descompensación.

Disciplina. Se han recomendado una serie de normas que han resultado efectivas como mantener una actividad gratificante en el hogar; dedicar tiempo al hijo, porque se disfruta de su compañía y se desea ejercer una influencia positiva. Es recomendable mostrar desaprobación y censurar el mal comportamiento expresando enojo ante la desobediencia intencional, pero es saludable reaccionar positivamente si el niño reconoce que ha actuado mal.

Es conveniente promover una disciplina no exenta de cariño. Ninguna familia funciona adecuadamente sin un sistema de reglas, las que deben ser cumplidas. Balancear premios y castigos. Criticar y elogiar. Aplicar con firmeza pocas reglas, e involucrarlo en su aplicación. Se debe hacer de la conducta un hábito de vida.

Percentil para edad y sexo	El diagnóstico nutricionales
PADRES	Modelos positivos, ejemplares.
	Educarlos en valores y definir normas claras y consistentes.
	Hablar con sus hijos y ayudarlos a solucionar sus problemas.
MAESTROS	Complementan la formación del hogar. Orientadores
	Autoridad docente - alumno. Ejemplo
	Mística y aporte de elementos positivos a la formación integral de sus alumnos.
DISCIPLINA Y JERARQUÍA EN LA ESCUELA	Normas claras y precisas en la escuela.
	El maestro debe tener ascendencia. Capaz de ganarse el respeto y consideración de sus educandos.
	Hay conflictos cuando el maestro no utiliza adecuadamente la jerarquía.
	El maestro debe poner "límites"



Bibliografía

1. Durand A. Manual didáctico de Escuela de Padres. España 2004
2. Fresnillo V. Escuela de Padres. Madrid 2000
3. Oliveros M. Factores de riesgo de abandono escolar en adolescentes mujeres en conflicto con la ley. Revista Peruana Pediatría 2007;60(1): 4-9
4. Oliveros M, Ramirez R. Trastornos de conducta y violencia en adolescentes en conflicto con la ley. Diagnóstico 2008; 47(2):55-63
5. Rengifo H. Conceptualización de la salud ambiental. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(1): 66-73.
6. Pilar L. Los deberes escolares puente entre escuela y familia 1994-97 Disponible en www.doredin.mec.es/documentos/08980029-IND.pdf

Autoevaluación

- ¿Cuál es el rol del maestro?
- ¿Qué características diferencian la estructura familiar?
- ¿Cómo se utiliza al hijo en los hogares disfuncionales?
- ¿Qué modelo de crianza es aconsejable?
- ¿Cómo se debe mantener la disciplina?
- ¿Qué características tiene una familia funcional?

1.4. Escuela saludable y entorno

Objetivos

- Contribuir al desarrollo de las potencialidades físicas, psicológicas, emocionales, afectivas, psicomotoras, y sociales de los escolares de preescolar y educación básica, integrando acciones educativas, de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y manejo ambiental;
- Facilitar a la comunidad educativa la tarea de formar a todos los escolares en capacidad de desarrollar sus potencialidades, para su propia realización, adaptación e integración a la sociedad respondiendo de forma positiva a los retos del ambiente;
- Considerar a los maestros y padres de familia conjuntamente con los alumnos en el entorno escolar para implementar proyectos de promoción, prevención y detección de problemas de salud para que sean atendidos en forma oportuna;
- Enfatizar el rol de las municipalidades en el entorno saludable escolar y comunal.

Es aconsejable responder en forma efectiva a la problemática de salud de los escolares y contribuir con el pleno desarrollo de sus potencialidades físicas, psíquicas, cognitivas, sociales y espirituales mediante acciones de promoción y prevención, pedagógicas, ambientales y del entorno, dirigidas a la comunidad educativa detectando factores de riesgo que atenten al desarrollo integral de los niños y adolescentes de nuestro país.

Los niños tienen derecho a crecer en un ambiente saludable, esto es, a vivir, estudiar y jugar en lugares seguros. Al intervenir para proteger el entorno de los niños, es posible salvar millones de vidas, reducir las enfermedades y conformar un mundo más seguro y saludable para el futuro de nuestros hijos.

Las mayores amenazas para la salud de los niños los acechan precisamente en los lugares que deberían ser los más seguros: el hogar, la escuela y la comunidad. Peligros como el agua contaminada, el aire contaminado, la falta de saneamiento básico, la seguridad personal, los insectos vectores de enfermedades y diversos productos químicos representan riesgos para la salud que pueden afectar a los niños y se cobran un tributo enorme e innecesario de enfermedades y muerte.

Características de una escuela saludable (según la Organización Panamericana de la salud - OPS)

- **Realiza** acciones integrales de promoción de la salud en torno al centro educativo, como una oportunidad para "la vida, el trabajo y el aprendizaje";
- **Propicia** el desarrollo humano y sostenible de los niños y los jóvenes;
- **Permite** el desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud y colaborar en el cuidado de su familia y comunidad, y apropiarse críticamente de los saberes, competencias, actitudes y destrezas necesarios para comprender y transformar la realidad;
- **Forma** personas creativas, seguras de sí mismas, críticas e innovadoras, crea valores de autoestima, autovaloración, asertividad, expresión de sentimientos,



que les permitan enfrentar con seguridad las presiones del medio social, aumentar la capacidad productiva y el crecimiento espiritual, la capacidad de amar, jugar, gozar, relacionarse con los otros, integrarse, crecer colectivamente y construir ciudadanía. Forma niños y jóvenes independientes y respetuosos de los derechos humanos;

- **Forja** un nuevo educador capaz de producir conocimientos e innovaciones en el campo educativo y pedagógico;
- **Crea** condiciones agradables para el autoestudio y el autoaprendizaje;
- **Logra** que la apropiación de conocimientos ocurra en un ambiente democrático, de autoestima y solidaridad.

Aspectos fundamentales de una escuela saludable

Hay tres aspectos fundamentales que se pueden desarrollar en una escuela saludable y estos son: la investigación aplicada, la educación y la coordinación intersectorial e interinstitucional.

1. **Investigación aplicada:** como posibilidad de generar conocimiento a partir de las experiencias cotidianas y validar estas a través de metodologías apropiadas. Por ejemplo: el control de peso y talla en la evaluación nutricional.
2. **Educación:** estrategia que puede vivenciar la cultura de la salud como un elemento transversal en los proyectos pedagógicos que propicien la construcción de hábitos saludables. Por ejemplo: el lavado de manos como hábito de higiene.
3. **Coordinación intersectorial e interinstitucional:** para materializar la consecución e intercambio de experiencias, saberes, recursos humanos, técnicos y físicos para el desarrollo del proyecto, permitiendo precisar los compromisos y obligaciones de los diferentes sectores. Por ejemplo: el trabajo coordinado entre escuelas e instituciones de salud.

Sugerencias de actividades a desarrollar en una escuela saludable

- Educación para la salud (conductas de riesgo, hábitos de higiene, etc.);
- Formación y capacitación de docentes (en temas de salud escolar);
- Educación física recreación y deporte;
- Uso productivo del tiempo libre (formación de talleres culturales, deportivos, etc.);
- Orientación sobre alimentación saludable (programas de alimentación saludable, charlas sobre obesidad, nutrición, etc.);
- Reorientación del servicio de salud escolar. (actividades tutoriales en salud);
- Medioambiente y entornos saludables (higiene y ecología del aula y ambientes de uso común: patios, servicios higiénicos, etc. , proyecto de reciclaje);
- Manejo de conductas de riesgo (prevención de consumo de drogas, embarazo precoz, programas de prevención de abuso sexual, resiliencia, etc.);
- Convivencia pacífica (programa anti acoso escolar o *bullying*)

<p>Los niños deben crecer, vivir estudiar y jugar en un ambiente saludable.</p>	<p>Al proteger el entorno de los niños se reducen las enfermedades y se brinda seguridad.</p>	<p>La escuela saludable forma docentes y alumnos portadores de salud integral, amantes de la paz, creativos, seguros de sí mismos</p>
<p>Los valores y habilidades adquiridos en la escuela saludable: autoestima, asertividad, expresión de sentimientos les permite enfrentar con seguridad LAS PRESIONES SOCIALES.</p>		<p>Docentes y alumnos pueden desarrollar en sus escuelas diversos proyectos de promoción de la salud escolar.</p>

Autoevaluación

Enumere algunas características de una escuela saludable.

¿Una escuela saludable necesita de un programa de salud escolar?

¿Por qué es importante el cuidado del entorno?

¿Puede la escuela saludable cambiar hábitos negativos? Dé algunos ejemplos.

¿Es necesario el concurso de padres de familia?

Bibliografía

1. Escuelas Saludables una herramienta para la paz. Disponible OPS Colombia - <http://www.col.ops-oms.org>
2. Red de Escuelas Promotoras de la Salud, Perú. Disponible www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/cuaderno1/part2.pdf.
3. La escuela frente a la obesidad infantil. Disponible latinut.net/documentos/.../escuela%20%20y%20obe%202004.pdf
4. Lamus F, Jaimes C, Castilla M, García JG. Hacia una escuela saludable. Educación y educadores 2003; 6:17-44.
5. Gutiérrez A, Gómez O. Evaluación de proceso de la estrategia escuelas saludables en la zona urbana del Municipio de Cali, Colombia. Colombia Médica 2007; 38(4):386-394.
6. Muñoz E. Escuela saludable: una estrategia para contribuir a elevar la calidad de vida de nuestros niños. Revista de Enfermería. Disponible www.encolombia.com/.../enfermeria5202-escuela.htm



1.5. Higiene física y mental

Objetivos

- Introducir y reforzar en los alumnos los conceptos de salud física y mental;
- Enfatizar que deben ser hábitos de vida;
- Observar cambios actitudinales;
- Educar a los alumnos sobre comportamiento en actividades competitivas;
- Resaltar la importancia del cuidado del entorno en la salud física y mental.

La higiene es una parte de la medicina que se preocupa por aspectos tanto personales como ambientales que afectan a la salud. Se refiere al aseo y la limpieza de las personas, las viviendas y los hogares públicos; pero, en un sentido más amplio, también incluye un extenso conjunto de prácticas, muchas de ellas promovidas y reguladas por las autoridades con el objetivo de conservar la salud.

Hacer de la higiene un hábito es una obligación que comparten conjuntamente los padres, las autoridades docentes y las sanitarias. Para conseguir una vida sana es necesario realizar ejercicios corporales, cuidar los hábitos alimenticios y mantener una higiene tanto física como mental.

Tipos

La higiene se puede clasificar en dos tipos: higiene pública e higiene privada. De la aplicación de la higiene privada se encarga el individuo manteniendo el aseo corporal y la limpieza del entorno. La higiene pública, es aquella en cuya aplicación interviene la autoridad municipal adoptando medidas colectivas para el saneamiento de comunidades, como la obtención de agua potable; la construcción de redes de alcantarillado; prescribir reglas profilácticas, y organizar campañas sanitarias de promoción y prevención contra las enfermedades más frecuentes. A nivel escolar son importantes la higiene deportiva, la higiene corporal y la higiene postural. Conseguir la higiene en la vida exige energía y tenacidad.

Cuando se trata de personas con una discapacidad, estas cualidades van a ser exigidas no solo a la persona misma sino también y de manera importante a su entorno. Se exponen las medidas a adoptar para conseguir el disfrute de una vida en todos los terrenos y en todas las edades: la alimentación, el cuidado corporal, la salud física, el cultivo del espíritu, la inmersión en la sociedad y en la cultura, el empleo, y la vida autónoma.

La higiene diaria es una preocupación para todos y, particularmente, en el terreno de la discapacidad. Es un terreno realmente tan amplio, que a veces puede originar grandes desalientos. Son las personas con deficiencias y discapacidades las que nos enseñan que debemos continuar dándoles confianza y acompañarles hacia una mayor autonomía. Debemos, de manera urgente, analizar los terrenos donde las dificultades son mayores, tanto para ellas mismas como para los cuidadores. Esto nos permitirá evaluar y perfeccionar los medios por emplear.

Salud mental

La salud mental nos preocupa desde hace mucho tiempo. Después de los primeros años de infancia, la escuela, como organización social, empieza a compartir con el hogar la tarea y la responsabilidad de ayudar a la formación intelectual, emotiva y social del niño. La influencia de la escuela en el desarrollo de la personalidad del niño aumenta en proporción a la medida en que este se emancipa de los lazos familiares y de la familia como grupo social. Aunque los fundamentos de la salud mental se establecen inicialmente durante los primeros años de formación del niño, en el seno de la vida familiar, el período escolar influye en la formación del individuo tanto como los años preescolares y, por consiguiente, es mucho lo que se puede hacer en la escuela en favor de la salud mental.

Los maestros, ante la sospecha de trastornos mentales como observar al niño triste, cambios en su comportamiento, conducta de riesgo, maltrato infantil, acontecimientos dolorosos en su familia, golpes graves en la cabeza, debe remitirlo a la psicóloga del plantel y ella deberá recomendar a los padres por ayuda médica.

Los trabajadores de salud pública pueden contribuir a la protección de la salud mental de varios modos, como por ejemplo con la aplicación de ciertos principios a la educación y la crianza de los niños con el fin de evitar complicaciones emotivas indeseables para el enfermo y para su familia, o el descubrir los casos de trastornos mentales y facilitar a los enfermos un tratamiento precoz.

Existe el convencimiento de que la actividad preventiva y el tratamiento a tiempo de los trastornos psíquicos benignos de la infancia pueden traducirse en una disminución futura de las enfermedades mentales y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha prestado especial atención a los problemas de la infancia y adolescencia.

Para la comprensión de esos problemas, es necesario conocer primero a fondo el proceso normal de desarrollo del niño. Las buenas relaciones afectivas con la madre durante los primeros años son un factor muy importante para el sano desarrollo mental del niño. El Centro Internacional de la Infancia con sede en París estableció las relaciones negativas que la privación de los cuidados maternos provoca en los niños.

La educación escolar en salud es importante porque puede contribuir a la prevención de la violencia, consumo de drogas legales e ilegales y el embarazo precoz. También tiene importancia la formación del profesorado de años iniciales en la detección de algunas enfermedades, para remitirlas al personal de salud especializado, las que manejadas precozmente van a tener excelentes resultados. Entre ellas tenemos la ira e impulsividad, agresiones, déficit de atención con hiperactividad, miopía, hipoacusia, posturas deficientes, o problemas de lectoescritura.

Las dificultades a la hora de leer y escribir que presentan los disléxicos suponen una importante traba para el aprendizaje y se traducen en un sobreesfuerzo académico que no se ve reflejado en las calificaciones. Como consecuencia, el niño pierde la autoestima y es frecuente que la dislexia se asocie con problemas de depresión en los menores.



HIGIENE	SALUD MENTAL Y HOGAR	SALUD Y ESCUELA
Higiene personal e higiene del entorno.	Buena relación afectiva madre - niño.	La influencia de la escuela en el desarrollo de la personalidad del niño aumenta en proporción a la medida en que éste se emancipa de los lazos familiares y de la familia como grupo social.
Aseo y limpieza de las personas, viviendas y hogares.	Produce un niño sano mentalmente.	Maestros pueden detectar algunos signos de dificultad: ira, impulsividad, déficit de atención, etc.

Autoevaluación

¿Qué tipos de higiene conoces?

¿Qué higiene es posible promover en la escuela?

¿Qué es la higiene mental?

¿Es posible disminuir la conducta de riesgo con un programa de salud escolar?

¿El docente con entrenamiento en salud escolar puede detectar problemas de salud en sus alumnos?

Bibliografía

1. Bowley J. Los cuidados maternos y la salud mental (Oficina Sanitaria Panamericana: Serie de Publicaciones Científicas N.º 14) Washington 1954.
2. Girgis S. El maestro como educador en higiene mental. Documento WHO/HEP/45, septiembre 25, 1959.
3. Ministerio de Educación. Documento de trabajo. Lineamientos para una educación sexual integral. Abril 2008, Perú.
4. Alzate Piedrahit MV. Entre la higiene y el alumno: la concepción pedagógica de la infancia entre 1960-19991 Revista Iberoamericana de Educación. Disponible www.rieoei.org/investigacion/775Alzate.PDF
5. Strasbutger VC. Estrategias para hacer que los adolescentes digan no al sexo, las drogas y la violencia en el nuevo milenio. Clin Med Norteamérica 2000;4:775-798.
6. De Freminville B. Revista de Síndrome de Down 2007;24:90-99.



1.6. Municipios, comunidades saludables y escuelas saludables

Objetivos

- Fortalecer el vínculo entre municipios y escuelas;
- Señalar que el municipio debe velar por la seguridad y salud de los alumnos de colegios pertenecientes a su jurisdicción;
- Privilegiar el cuidado de parques, la recolección de basuras, y la limpieza del distrito;
- Enfatizar el civismo, fomentando valores y hábitos positivos en manifestaciones de la vida diaria.

Los municipios saludables son una estrategia de la promoción de la salud que pretende que los ciudadanos sean actores sociales, e identifiquen sus necesidades y las prioricen. Una comunidad saludable es el lugar donde todas las autoridades, instituciones, organizaciones y ciudadanos trabajan unidos a favor de la salud, el bienestar y calidad de vida de sus habitantes.

Una comunidad se convierte en saludable cuando implementa la estrategia de municipios y comunidades saludables, que consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el ámbito comunal, colocando a la promoción de la salud como la más alta prioridad en la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomenta el diálogo y comparte conocimientos y experiencias; así como estimula la colaboración entre municipios y comunidades.

El establecimiento de comunidades saludables contribuye a mejorar la calidad de vida de la población y a consolidar los procesos de descentralización promoviendo la autonomía, la autogestión y el aprovechamiento de las potencialidades locales para emprender procesos de desarrollo sostenibles.

Un municipio saludable busca fortalecer las organizaciones locales y movilizarlas en pro de la salud, involucrando no solo a la población adulta sino también a niños, adolescentes y jóvenes mejorando sus capacidades para identificar prioridades e implementando estrategias de intervención, que generen conductas, estilos de vida y ambientes saludables.

En comunidades socioeconómicamente deprimidas, y en las que se cultivaba coca se ha implementado el enfoque de promoción de la salud a través de la estrategia de municipios, comunidades, escuelas y familias saludables. Esta intervención forma parte del Programa de Desarrollo Alternativo en las regiones de San Martín, Ayacucho/Cusco, Huánuco, Ucayali y Junín.



MUNICIPIOS SALUDABLES	Estrategia de promoción de la salud.
	Permite que los ciudadanos sean actores sociales, identifiquen sus necesidades y las prioricen.
COMUNIDAD SALUDABLE	Fortalece la ejecución de actividades de promoción de la salud en el ámbito comunal.
	La más alta prioridad en la agenda política: Promover la salud de los miembros de la comunidad.
ESCUELAS SALUDABLES	El municipio debe procurar que las instituciones educativas de su ámbito geográfico sean saludables

Bibliografía

1. Municipios, ciudades y comunidades saludables OMS, 2005 Disponible www.comunitaria.ecaths.com/.../municipiosaludable.ppt - Argentina.
2. Proyecto de municipios y comunidades saludables en zonas de desarrollo alternativo informe. Disponible en www.comunidadsaludable.org/info.pdf.
3. Fandiño-Losada A, Bangdiwala S, Gutiérrez MI, Svanström K. Las Comunidades seguras: una sinopsis. *Salud pública de México* 2008; 50, suplemento 1 S78-85.
4. Obesidad infantil. Disponible en www.juntadeandalucia.es/.../ponencia_pi_obesidad_infantil.pdf.

Autoevaluación

¿Cómo define un municipio saludable?

¿Deben sus pobladores estar preparados para participar en las actividades promovidas por un municipio saludable?

¿Qué vínculo debe existir entre municipios y escuelas saludables?

¿Es importante la participación de los miembros de la comunidad? ¿Cómo? Dé algunos ejemplos

¿Qué actividades puede desarrollar el municipio en beneficio de las escuelas saludables?

1.7. Problemas educativos de aprendizaje

Objetivos

- Poner interés en los alumnos con deficiencia en el aprendizaje;
- Considerar la existencia de factores predisponentes como la salud física, mental y social;
- Entrevistar a los padres buscando posibles causas;
- Aconsejar la intervención del personal de salud;
- Tener en mente la posibilidad de violencia en el hogar;
- Considerar el involucramiento de los problemas de conducta.

Los problemas de aprendizaje son desórdenes que pueden afectar la habilidad de una persona para adquirir, entender, organizar, almacenar o usar información oral y no oral. Estos desórdenes afectan el aprendizaje de individuos que tienen un nivel de inteligencia promedio o superior al promedio.

Afectan tanto a niños como a adultos y con frecuencia a niños más que a niñas. Hay muchas razones por las que los niños no puedan ser capaces de aprender. Los problemas de aprendizaje no incluyen el retraso mental, la falta de motivación, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés), el autismo, y los problemas emocionales, de audición o visión.

Aunque en muchos casos se desconocen las causas de los problemas de aprendizaje, los expertos opinan que son el resultado de una anomalía en la estructura y funcionamiento del cerebro o del sistema nervioso central. Algunos factores que pueden causar o influenciar estas anomalías son:

- **Herencia o genética.** Los problemas de aprendizaje suelen afectar a miembros de la misma familia.
- **Problemas durante el embarazo o el parto.** Las siguientes situaciones pueden contribuir a tener problemas de aprendizaje: enfermedades o lesiones durante o antes del nacimiento, uso de drogas o alcohol durante el embarazo, parto prematuro o largo, carencia de oxígeno o bajo peso al nacer.
- **Problemas después del nacimiento.** Las lesiones en la cabeza, la malnutrición, el envenenamiento por plomo y los maltratos infantiles pueden ser la causa de algunos problemas de aprendizaje.

Señales para una detección temprana

Aunque mucha atención y una observación cuidadosa pueden ayudar a identificar la existencia de un problema y a asegurar un resultado positivo, tanto los padres como los educadores tienen que ser prudentes y no hacer juicios rápidos. Es importante entender el riesgo que supone diagnosticar equivocadamente que un niño tiene un problema de aprendizaje. Una evaluación cuidadosa del colegio y, si es necesario, de un especialista del desarrollo determinarán el diagnóstico adecuado. De esta manera el niño podrá obtener los servicios o asistencia que necesita para aprender y para conservar una buena autoestima.



Los problemas de aprendizaje varían en gravedad y pueden afectar a una o varias de las siguientes áreas:

- **Lenguaje:** dificultad en aprender el lenguaje oral (escuchar, hablar, entender); a leer (conocimiento de sonidos, reconocimiento de palabras, comprensión); el lenguaje escrito (deletrear, expresar ideas por escrito); y matemáticas (cálculo, solucionar problemas).
- **Motriz:** dificultad en la manipulación de objetos pequeños, sentido pobre del equilibrio y del espacio de cada individuo, y torpeza brincando, corriendo o escalando.
- **Social:** dificultad en su forma de relacionarse socialmente, cambios de humor repentinos y extremos, llantos frecuentes.
- **Cognitiva:** dificultad en entender el concepto de causa y efecto, y otros conceptos básicos como tamaño, forma y colores, deficiente habilidad para organizarse.

Si sospecha que su hijo tiene un problema de aprendizaje, póngase en contacto con el centro de salud más cercano a su hogar y averigüe si está progresando adecuadamente durante las diferentes etapas de su desarrollo. Si se sospecha que hay niños que puedan tener problemas de aprendizaje o que corran el riesgo de tenerlos más adelante; normalmente, un grupo de educadores, psicólogos y médicos le puede efectuar una evaluación y un diagnóstico.

El manejo de los casos de niños con problemas de aprendizaje requiere un enfoque individualizado y multidisciplinario (educadores, psicólogos y médicos) para su diagnóstico y tratamiento. En la educación primaria, los resultados de la evaluación continua permitirán utilizar la adopción de medidas preventivas específicas para los alumnos con especiales dificultades de aprendizaje, desde el momento en que estas se detecten.

Los informes de evaluación recogerán las dificultades detectadas y las propuestas previstas para resolverlas: grupos flexibles, oferta de más horas de trabajo en el centro, actividades complementarias, plan especial de refuerzo para los meses de verano o un año más de permanencia en el mismo grado.

Al finalizar el cuarto grado de educación primaria, se sugiere que los centros educativos realicen una evaluación de diagnóstico de la evolución de los aprendizajes de los alumnos y de su propio funcionamiento; esta evaluación tendrá carácter formativo interno y servirá para planificar, por parte de los profesores y de las UGEL los apoyos y refuerzos que se consideren necesarios, además de elaborar modelos para la realización de esta evaluación.

La repetición de grado a lo largo de la etapa educativa, estará orientada a la adquisición de las capacidades básicas establecidas como objetivo. Para asegurar máxima efectividad el equipo de profesores tendrá un plan de actividades para el alumno que deba repetir, especialmente orientado al dominio de los aprendizajes instrumentales básicos (lectura, escritura y cálculo) y a la adquisición de las destrezas y habilidades de trabajo y estudio.

Los centros educativos deberían promover compromisos pedagógicos entre las familias y la escuela en los que se consignan las actividades que padres y profesores se comprometen a desarrollar para mejorar el rendimiento escolar de los alumnos.

Al término de la educación primaria es conveniente que los profesores procedan a valorar si los alumnos han adquirido las capacidades básicas necesarias para seguir con

aprovechamiento las enseñanzas posteriores, y elaboren un informe individual sobre la evolución del proceso de aprendizaje de cada alumno.

Cuando un niño de inteligencia normal, y sin alteraciones visuales o auditivas, no evoluciona al ritmo escolar que debería hacerlo, conviene pensar en la posibilidad de que existan algunos problemas como la dislexia (trastorno de la lectura que se caracteriza por una habilidad de lectura inferior al nivel esperado de un niño de acuerdo con su edad y grado); discalculia (dificultad de aprendizaje de las matemáticas); disgrafía (trastorno funcional, es decir, que no está causado por una lesión cerebral o sensorial, ni por una deficiencia intelectual, y que afecta a la grafía, es decir a la forma o trazado, de las letras), o déficit de atención. Para definir el problema debe ser evaluado por un psicopedagogo. Para realizar un diagnóstico será necesario realizar diferentes exámenes psicológicos y educativos, así como hablar con el niño y con los padres. De esta manera se identificará si el niño tiene o no un trastorno del aprendizaje, o del comportamiento.

Una vez realizado el diagnóstico, será más fácil determinar las necesidades educativas y establecer el tratamiento que según sea el caso, puede ser terapia de apoyo, logopedia, psicoterapia para aumentar el potencial de aprendizaje, etc. Además, se debe realizar un seguimiento y ofrecer orientación familiar.

Autoevaluación

- ¿Cómo se definen los problemas de aprendizaje?
- ¿Cuáles son?
- ¿Qué causas tienen?
- ¿Cuándo se sospecha de problemas de aprendizaje?
- ¿A qué edad debía hacerse el diagnóstico?
- ¿Cómo se hace el diagnóstico definitivo de problemas del aprendizaje?

Bibliografía

1. Rahman Zamani A Problemas de aprendizaje California Childcare Health Program, 2006. PDF search Englien www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/.../LearningDisabilitySP012606.pdf.
2. Prevención de los problemas de aprendizaje en la educación primaria PDF search engine. erural.pangea.org/informacions/prevprim.pdf.
3. Problemas de aprendizaje y educación especial www.pdf-search-engine.com/problemas-de-aprendizaje-pdf.html.
4. Aguirre de Ramírez R. *Educere*; 2000; 4(11) octubre - noviembre – diciembre.
5. Morales Bueno P. y Landa Fitzgerald V. Aprendizaje basado en problemas. *Theoria*, 2004;13: 145-157.



1.8. Tutores escolares y educación para la salud

Objetivos

- Sensibilizar a los tutores en la problemática de la salud escolar;
- Capacitar a los tutores en salud escolar;
- Orientar a los tutores para el uso de las horas de tutoría en educación para la salud;
- Proporcionarles recursos para que desarrollen sus labores;
- Efectuar supervisión y evaluación de la labor tutorial sobre salud escolar.

Objetivos de la tutoría

Generales

Realizar el acompañamiento socioafectivo y cognitivo de los estudiantes para contribuir a su formación integral, orientando su proceso de desarrollo en una dirección beneficiosa para ellos, y previniendo los problemas de salud y rendimiento escolar que pueden aparecer a lo largo de dicha formación.

Específicos

1. Atender las necesidades psicosociales, afectivas y cognitivas de los estudiantes a lo largo de su proceso de desarrollo;
2. Establecer un clima de confianza y relaciones horizontales entre el tutor y su grupo-clase, para que se den las condiciones que permitan a los estudiantes acercarse a su tutor, y aumentar su conocimiento en salud escolar;
3. Generar en el aula un ambiente óptimo entre los estudiantes, con relaciones interpersonales caracterizadas por la confianza, tolerancia y respeto, que permitan la participación activa y la expresión sincera y libre de cada uno.

La tutoría no es un servicio a cargo de los tutores, es una tarea de equipo, donde cada miembro de la comunidad educativa debe tener su propio rol y sentirse comprometido con los fines y objetivos de la institución educativa. El conjunto de esta, su organización, su clima y dinámica, las relaciones que en ella se establecen, marcarán la calidad del régimen tutorial

Integrantes del comité de tutoría

- a) El director, o su representante, quien lo preside;
- b) El coordinador de tutoría, convivencia y disciplina escolar;
- c) Los tutores, en caso de instituciones con secciones numerosas, un tutor por grado;
- d) El psicólogo escolar y/o el promotor de tutoría y prevención (si lo hubiera);
- e) Un representante de los auxiliares de educación, por turno o nivel, cuando sea pertinente;
- f) Representantes de los estudiantes, de acuerdo con la organización de la escuela.



Funciones generales del tutor

- Organizar y presidir las reuniones sobre salud escolar;
- Facilitar la integración de los alumnos y fomentar su participación;
- Orientar y asesorar sobre la importancia de la educación para la salud;
- Fomentar y estimular el liderazgo en esta área de trabajo.

Plan de acción tutorial

El tutor como maestro más cercano al grupo de alumnos debe enseñarles a:

- Pensar: aprender a aprender estimulando el análisis y la crítica;
- Ser persona: desarrollar la personalidad haciendo conocer las virtudes y fortaleciendo la excelencia individual de las cualidades;
- Configurar su identidad personal vinculada al entorno: desarrollar autoestima y buena imagen corporal;
- A convivir: inculcar en el trato con los compañeros respeto, tolerancia y asertividad favoreciendo la amistad y la solidaridad;
- El comportamiento moral: basado en la búsqueda de la ética de nuestros actos, buscando ser ejemplo en la casa, colegio y comunidad;
- Adaptarse al entorno: aprendiendo a manejar los conflictos cotidianos;
- Tomar decisiones: acerca de uno mismo, de la propia vida, del futuro, basadas en la creatividad, hábitos positivos y disciplina personal;
- Fomentar hábitos saludables y un estilo de vida que les permita preservar un buen estado de salud.

Rol de los estudiantes

Los estudiantes son el centro de la acción tutorial y del sistema educativo y, a su vez, son agentes de la tutoría. Pueden participar en apoyo de la labor tutorial de las siguientes maneras:

- a) Proponen temas de salud a trabajar durante las sesiones de tutoría, de acuerdo con sus necesidades e intereses;
- b) Apoyan el desarrollo de las capacidades de sus compañeros. Por ejemplo, con labores de monitoreo académico o social;
- c) Participan activa y responsablemente en los concejos de aula y municipios escolares;
- d) Realizan periódicamente asambleas de aula, utilizando la hora de tutoría;
- e) Proponen a los docentes que consideran adecuados para cumplir la función de tutores;
- f) Realizan un proyecto anual de ayuda social, ya sea por secciones o por grado;
- g) Evalúan el desarrollo de las sesiones de tutoría.

Adquirir habilidades de conocimiento y desarrollo para los estudiantes les permite estar más a gusto consigo mismos, aprender a comunicarse con los demás y a pronosticar y calibrar las consecuencias antes de tomar una decisión. Estos son pasos previos imprescindibles para el desarrollo de una eficaz prevención de drogo-dependencias, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual o trastornos de la alimentación. Las implicancias en el campo de la higiene mental de estas son indudables y creemos que son de especial relevancia.



Actividades con alumnos líderes, profesores y padres de familia

- Mantener entrevistas individuales y grupales (informativas, orientadoras);
- Fomentar hábitos de lectura y estudio sobre esta temática;
- Procurar la convivencia, participación e integración;
- Revisar resultados de experiencias nacionales y extranjeras;
- Invitar como conferencistas a personas conocedoras del tema;
- Evaluación permanente de conocimiento y actitudes;
- Ofrecer los resultados alcanzados a los profesores y padres de familia.

Autoevaluación

- ¿Quiénes organizan el régimen tutorial?
- ¿Están los docentes preparados para ser tutores?
- ¿Cuál es el rol de un tutor?
- ¿Cómo es el desempeño de los alumnos bajo un régimen tutorial?
- ¿Deben participar los profesores y padres de familia en esta actividad?

Bibliografía

1. La comunidad educativa y la tutoría. Disponible en ditoe.minedu.gob.pe/panel/archivo/files/UNIDAD%202.pdf.
2. Taller sobre salud escolar. Disponible en www.cepis.org.pe/bvsdeescuelas/fulltext/EPSIV_ExpePER1.pdf.
3. Jayo E. Tutoría y orientación educativa. Ministerio Educación, Perú. Disponible en www.dreaya.gob.pe/documentos/TOE/TURORIA.ppt.
4. Marco conceptual de la tutoría y acción educativa. Ministerio de Educación, Perú. Disponible en www.usb.edu.pe/marketing/docentes/.../SAB.../MARCO_TOE.
5. Reglamento Tutoría. Colegio Claretiano, Trujillo. Disponible en www.starclar.edu.pe/inicio/tutoria/.../reglamento_tutoria.pdf.
6. Coordinador de tutorías. Ministerio de Educación, Perú. Disponible en www.munilavictoria.gob.pe/.../tutoria-y-orientac-educativa-para-docentes-2008.ppt.
7. Balance de la educación peruana. Canadian International Development Agency, febrero, 2006. Disponible en www.ipp-peru.com/upload/INFORME-47-2006.pdf.

1.9. Fracaso escolar

Objetivos

- Definir el concepto de fracaso escolar;
- Establecer las causas;
- Diagnóstico de riesgo de fracaso escolar;
- Medidas tendientes a evitar el fracaso escolar;
- Rol de los padres;
- Rol del maestro;
- Consecuencias del fracaso escolar;
- Alternativas de solución.

La educación es un derecho humano fundamental y un bien público, porque gracias a ella nos desarrollamos como personas, como especie, y contribuimos al desarrollo de la sociedad. El ser humano es un ser inconcluso que necesita permanentemente de la educación para desarrollarse en plenitud, por lo que la finalidad de la educación es cultivar la humanidad.

El fracaso escolar se define como la incapacidad de alcanzar el nivel de rendimiento medio para su edad y nivel pedagógico. Las calificaciones son los únicos criterios que se evalúan; por ello, el fracaso se traduce en repetir el grado al final del año escolar.

El análisis y la interpretación del fracaso escolar debe realizarse considerando seis niveles estrechamente relacionados: sociedad, familia, sistema educativo, centro docente, enseñanza en el aula y disposición de los alumnos. En cada uno de estos niveles se incluyen indicadores específicos que se consideran los más relevantes: contexto económico y social, dedicación y expectativas de las familias, gasto público en educación, tiempo de enseñanza, organización y funcionamiento de los centros docentes, estilo de enseñanza de los profesores e interés de los alumnos.

Para conceptualizar el fracaso escolar, habría que señalar a qué fracaso nos referimos. Al fracaso del escolar, al fracaso del profesor, al fracaso de la escuela, al fracaso de la comunidad educativa o al fracaso del sistema educativo. Entonces, cuando nos referimos al fracaso escolar entramos en un campo interrelacionado, interconectado, donde existen una serie de elementos constitutivos que conforman el ecosistema educativo.

Dentro de las diversas causas vinculadas con el fracaso escolar se enfatizan los problemas de aprendizaje y los trastornos emocionales. Entre los trastornos de aprendizaje destaca por su importancia y frecuencia la dislexia

Se habla de dislexia cuando un niño de mentalidad normal o superior, con aprendizaje adecuado y sin problemas emocionales severos, no es capaz de desarrollarse en la lectura y lleva un retraso de unos dos años con respecto a su edad mental y cronológica.

Dentro de las características se encuentra que la lectura es muy lenta y siempre por debajo del promedio del grupo de su clase. Es frecuente el tartamudeo. No siguen las puntuaciones.



Es fácil que cambien de línea y se salten algunas porque su orientación espacial también es deficiente. Invierten el orden de las letras pueden leer pardo por prado o persa por presa. Las omisiones son constantes y el comentario es que se come palabras y letras.

La escritura presenta también las mismas dificultades que la lectura pues ellos invierten las sílabas, defecto llamado disortografía; también omiten palabras enteras, repiten varias veces la misma palabra, llegando a veces al extremo de “escribir en espejo”.

Ha cobrado importancia en los últimos años el TDAH, es decir el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. La prevalencia de este trastorno es cercana al 10%, se asocia con dislexia, disgrafía y discalculia, probablemente todos ellos relacionados con la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad que los caracteriza.

La muerte o enfermedad de uno de los padres, el abandono, la separación del matrimonio, la nueva relación de uno de los padres o el nacimiento de un nuevo hermano, son situaciones que ocasionan perturbación emocional lo cual afecta el rendimiento educativo.

El ser objeto de burla, o hechos que motivan la sensación de inferioridad como el tartamudeo, la obesidad, el estrabismo o la cojera motivan problemas de socialización y afecto lo cual también repercute en el rendimiento académico.

No se puede dejar de mencionar las adicciones infantiles a la televisión, a los videojuegos y a la computadora, a los que se debe poner control puesto que de lo contrario van a perjudicar el rendimiento escolar. A los hechos mencionados se agrega la falta de presencia de los padres en el hogar por razones de trabajo.

Los maestros deben detectar el riesgo de fracaso escolar investigando los ámbitos personal, familiar y del centro de estudios.

PAUTAS PARA EVITAR EL FRACASO ESCOLAR

- Desarrollar confianza con los hijos desde que son pequeños;
- Brindar amor y seguridad;
- Demostrar afecto no solo por sus éxitos;
- Permitirle tomar decisiones, previo análisis de ellas;
- Darle responsabilidades acordes con su edad;
- Nunca compararlo con hermanos o amigos;
- Jamás lo haga sentir inútil o culpable, anímele a tener confianza en sí mismo y valorarse;
- Cultive en él la resiliencia. Que no se desanime ante un fracaso, estimule la fuerza de voluntad y ayúdele a buscar alternativas;
- Desarrollar hábitos de lectura, conversación, discusión autorada, crítica en los momentos correctos y enseñarle a que defienda sus principios;
- Gozar con sus éxitos y disfrutarlos con la familia;
- Fomentar sus habilidades sociales con actividades fuera de casa, visita a museos, teatros, espectáculos que generen cultura y lugares emblemáticos patrios.



Autoevaluación

- ¿Cómo define el concepto de fracaso escolar?
 - ¿Cuáles son las causas de fracaso escolar que en su experiencia le ha tocado vivir?
 - ¿Se puede prevenir el fracaso escolar?
 - ¿Conoce medidas o pautas para evitar el fracaso escolar?
 - ¿Qué rol tienen los padres en la prevención?
 - ¿Tiene el maestro algún rol o roles? ¿Cuál o cuáles?
 - ¿Qué consecuencias para la persona, familia y sociedad tiene el fracaso escolar?
- Proponga dos alternativas de solución.

Bibliografía

1. Fullana J, La búsqueda de Factores protectores del fracaso escolar en niños en situación de riesgo. Departamento de Pedagogía. Universidad de Girona.
2. Familia Nova Schola, Evitación de la escuela. Fobia escolar y ausencia escolar. Centro Londres, Psiquiatría, Paidopsiquiatría.
3. Marchesi A. El Fracaso escolar en España. Documento de Trabajo, 2003.
4. Escudero J.M. Editorial. Fracaso escolar y exclusión educativa. jumaes@um.es.
5. Fernández M. Fracaso y abandono escolar en España. Colección de estudios sociales "La caixa" Resumen del Volumen 29.
6. Calero J, CHoi A, Waisgrais S. Determinantes del riesgo de fracaso escolar en España aproximación a través de un Análisis logístico Multinivel. Rev de Educación. Número extraordinario 2010, pág. 225-256.
7. Artigas-Pallares J. Sislexia: enfermedad, trastorno o algo distinto. Rev Neurol 2009;48. (Supl 2);S63-S69.



1.10. El Maestro y escuela para padres

La escuela de padres es un programa formativo-preventivo que trata de enlazar la educación con la salud, establecer un puente entre el hogar y la escuela.

Objetivos

- Informar y formar a los padres para el complejo trabajo de actuar como tales;
- Orientar desde la educación inicial en la prevención de problemas que pueden afectar en el futuro la salud de sus hijos;
- Promoción de la salud educando en estilos de vida saludables;
- Fortalecer las habilidades sociales;
- Educar permanentemente en valores, para que ellos se transformen en hábitos de vida;

La función de los padres es uno de los trabajos más importantes, más comprometidos y gratificantes, pero difícil, ya que nadie nació sabiendo ser padre, ni creció con la experiencia y conocimientos que implica la paternidad.

El rol de la familia es cardinal, transmiten educación, cultura, sentido de la vida, tradiciones, e incorpora los hijos a la sociedad.

La escuela de padres al favorecer el desarrollo personal de los hijos, a través de la información, reflexión y conocimiento brindados sobre temas básicos de presentación cotidiana, los capacitará para ejercer una función más adecuada al reforzar el vínculo hogar-escuela.

Un área crucial en la formación del futuro ciudadano es la promoción de actitudes, valores, habilidades personales y sociales que los hagan adultos autosuficientes, responsables, ciudadanos ejemplares, exitosos en la en la vida y dueños de su propio destino.

La sociedad actual a través de diarios, revistas y televisión ofrece información muchas veces de dudosa calidad, por lo que requiere de la supervisión de los padres y de la orientación de los maestros. Se enfatiza mucho el consumismo, la moralidad ambivalente, preocupación por el cuerpo, el individualismo carente de solidaridad, y la competitividad al margen de la ética.

La temática por incluir es amplia, se debe estimular la participación activa de los padres, y se recomienda emplear de preferencia la modalidad de talleres. Considerar:

- ✓ Paternidad responsable;
- ✓ Hogar estructurado y funcional: normas y límites;
- ✓ El proceso de socialización a través de la familia: roles del padre y la madre;
- ✓ El desarrollo evolutivo del ser humano: infancia, pubertad y adolescencia;
- ✓ Hábitos saludables: higiene, nutrición;
- ✓ Manejo de la hiperactividad, ira, e impulsividad. Riesgos;



- ✓ Disrupción en el aula. Manejo de la clase;
- ✓ Solución de conflictos: habilidades sociales;
- ✓ Ayuda a los hijos en los estudios: tareas diarias para mejorar el rendimiento escolar;
- ✓ *Bullying y cyberbullying*. Beneficios y riesgos de Internet;
- ✓ Conducta de riesgo: alcoholismo, pandillaje, drogas ilegales, embarazo precoz;
- ✓ Actitud de los padres hacia la escuela. Redes sociales.

Hogar y escuela son los lugares donde el niño pasa la mayor parte del día. Es aquí donde principalmente aprenderá patrones de conducta, normas y valores que guiarán su vida. Es muy importante que padres y maestros brinden un mismo marco de referencia, evitando el empleo de criterios diferentes en la educación en valores, que puedan desorientar o, en el peor de los casos, manipular o engañar al niño.

Autoevaluación

- ¿Por qué es necesario el nexo entre hogar y escuela?
- ¿De qué manera establecería un puente entre padres y maestros?
- ¿Qué significado y qué importancia tiene para usted la escuela de padres?
- ¿Cree que los padres aceptarán la invitación para participar? ¿Cómo? ¿Por qué?
- ¿De qué manera?
- ¿Por qué se debe desterrar la violencia en el hogar? Repercusión en el niño.
- ¿Emplearía usted charlas coloquiales o talleres? Explique los beneficios de uno y otro método de enseñanza.

Bibliografía

1. Durán Gervilla A. Manual Didáctico para la escuela de padres. Valencia, España, 2004.
2. Fernández Almoguera Ma. del Carmen. Estructura de una escuela de padres y madres. Psicóloga escolar y clínica. Madrid.
3. Gil G M., Sánchez O. Educación inicial o preescolar. El niño y la niña menores de 3 años. Algunas orientaciones a los docentes. Venezuela, 2002.
4. Spellings M. Preguntas que hacen los padres sobre la escuela. Washington DC, 2005.
5. Izusquiza Gasset D. Tú y yo aprendemos a relacionarnos. Caja Madrid.
6. Martínez Mora L. Manual de orientación familiar. .Escuela para padres. Jalisco, México.
7. Instituto de Desarrollo Académico. Una guía para padres de familia. III. USA.
8. Jensen K, Joseng F, Lera María J. Golden Areas. Familia y escuela, 2004. www.golden5.org.



CAPÍTULO II

Salud física y nutrición

2.1 Crecimiento y desarrollo del escolar.

2.2 Nutrición.

2.3 Actividad física. Deportes.

2.4 Inmunizaciones.

2.5 Tiempo libre. Recreación.

2.6 Accidentes.

Dra. Iliana Romero, Dr. Raúl Carbajal





2.1. Crecimiento y desarrollo del alumno

Objetivos

- Definir y explicar los términos crecimiento y desarrollo, señalando las variaciones con la edad;
- Determinar el crecimiento biológico y desarrollo en la etapa escolar;
- Analizar cómo influyen los factores ambientales, hereditarios, hormonales, nutricionales y sociales en el crecimiento;
- Señalar los principales factores causales del crecimiento inadecuado;
- Aplicar el manejo de tablas de peso y talla para evaluar el crecimiento.

El crecimiento humano está determinado por factores biológicos propios de la naturaleza (intrínsecos) pero influido por diversas causas externas que van a favorecer u obstaculizar la expresión del potencial hereditario. Se ha puesto de manifiesto que el desarrollo físico responde a un modelo variado altamente complejo en el que los distintos componentes corporales —óseo, muscular y adiposo— presentan una herencia jerarquizada así como diverso grado de plasticidad frente al ambiente, entendido este como el conjunto que integra los elementos geoclimáticos, económicos y sociales en los que se desenvuelve la vida del niño. Es muy difícil separar unos aspectos de otros porque normalmente se hallan entrelazados.

El clima y el suelo condicionan los recursos alimenticios de los grupos humanos y, por norma habitual, en los hogares más pobres concurren una serie de circunstancias desfavorables. De este modo es frecuente encontrar en las familias de menor poder adquisitivo, los niveles de educación más bajos y embarazos múltiples, por no hablar de situaciones como la falta de higiene, el trabajo infantil, o las enfermedades que agravan los efectos de la subnutrición crónica.

Las medidas corporales y los riesgos deben ser tomados en cuenta para evaluar la salud del escolar. El crecimiento y desarrollo son dos fenómenos paralelos interrelacionados; forman una unidad resultado de la interacción de factores ambientales, neuroendocrinos y genéticos.

En el crecimiento y desarrollo se han descrito cinco características: dirección, velocidad, ritmo, momento y equilibrio.

Dirección: cambios anatómicos y funcionales que progresan de la cabeza a las extremidades (céfalo-caudal).

Velocidad: incremento por unidad de tiempo. Es conveniente tomar la talla cada 6 meses y vigilar la ganancia de peso de acuerdo con las tablas existentes.

Ritmo o secuencia: cada órgano tiene un crecimiento y desarrollo propios, así, el sistema nervioso central es el primero en alcanzar total madurez, y el aparato genital es el último en madurar.

Momento u oportunidad: cada tejido tiene su oportunidad para crecer, desarrollarse y alcanzar su madurez. Cada tejido crece en forma típica en ritmo y velocidad.

Equilibrio: aunque el crecimiento y desarrollo de los tejidos tienen diferente velocidad alcanzan en todo momento un nivel armónico.



Crecimiento y desarrollo por etapas de vida

Preescolar

Durante los 3 a 5 años de vida el niño gana 2 kg de peso y de 6 a 8 cm de talla por año. A los 36 meses tiene su dentición completa, maneja la cuchara, controla los esfínteres vesical y anal, sube escaleras, salta, brinca con un solo pie, domina el lenguaje hablado distinguiendo persona, sexo y número.

Los niños con problemas pueden presentar dificultad en el control de la orina (enuresis), succión del pulgar, dificultades de aprendizaje o lenguaje, hiperactividad, agresividad etc. Las morbilidades diagnosticadas con más frecuencia son la desnutrición y las infecciones respiratorias. Lamentablemente, no se detectan o se pone énfasis en detectar los problemas visuales, de audición, irritabilidad, impulsividad, déficit de atención, ni hiperactividad

Escolar

En esta edad la ganancia anual de peso, en promedio, es de 3 a 3,5 kg, la de talla es de 6 cm, mientras que el perímetro cefálico es de 3 cm. También se establece la dentadura del adulto y se desarrollan los senos frontales.

En los primeros años de escolaridad se incrementa el desarrollo cognitivo preparando al escolar para la lectura y aritmética. Se nota seguridad en sus relaciones familiares, muestra deseos por aprender y conocer. El objetivo de la escuela es favorecer la socialización secundaria. Se aprecia progreso en la escritura.

Adolescente

Está comprendido de los 10 a 19 años de edad. Es un ciclo de vida en el que un niño se transforma en adulto, experimentando cambios físicos, psicológicos y sociales. En este proceso adquiere un tamaño definitivo, la adquisición de capacidad reproductiva, consolidación de su identidad y un proyecto de vida. Esta etapa de la vida tiene algunas características que es conveniente precisar:

Crecimiento: la velocidad de crecimiento puede llegar hasta 12 cm/año en el varón y 9 cm/año en la mujer.

Cambios en composición corporal: diferente distribución de grasa corporal y en distinta cantidad, lo que acentúa la diferencia morfológica de acuerdo al sexo.

Aparición de caracteres sexuales secundarios:

En el varón aumenta el volumen del escroto y de los testículos; aumenta el tamaño del pene; y aparece el vello pubiano, el axilar y el facial. Las poluciones nocturnas aparecen un año después de estos cambios. Los testículos incrementan su peso, alcanzan alrededor de 20 g a los 18 años, mientras que el pene triplica su longitud.

En la mujer se inicia con el crecimiento de las glándulas mamarias, aparece el vello pubiano antes que el axilar, se ancha la pelvis antes de la menarquia. La menarquia se presenta a diferentes edades, con frecuencia es similar en edad a la presentación en la madre, también influye el estado nutricional. El útero y la vagina se desarrollan simultáneamente con las



glándulas mamarias, doblando su peso el ovario durante la pubertad. Estos cambios de maduración sexual son evaluados por un profesional de la salud capacitado mediante la escala de Tanner (ver Anexo).

Desarrollo de habilidades de acuerdo con la edad

Cada año se van dando cambios e incrementando sus habilidades:

• De 6 a 7 años de edad

- Disfruta muchas actividades y se mantiene ocupado;
- Le gusta pintar y dibujar;
- Puede perder su primer diente;
- La visión es tan aguda como la de un adulto;
- Practica sus habilidades para perfeccionarlas;
- Salta a la cuerda;
- Monta en bicicleta.

• De 8 a 9 años de edad

- Tiene más elegancia en los movimientos y capacidades;
- Salta, brinca y persigue;
- Se viste y asea por sí mismo completamente;
- Puede utilizar herramientas (por ejemplo, un martillo o un destornillador).

• De 10 a 12 años de edad

- Se desarrolla el resto de los dientes adultos;
- Le gusta coser y pintar.

Cuando los niños entran en la edad escolar sus capacidades y comprensión de los conceptos y del mundo que los rodea continúan aumentando. Los niños progresan a ritmos diferentes, algunos de los logros comunes que pueden alcanzar en este grupo de edad figuran a continuación:

• De 6 a 7 años de edad

- Entiende el concepto de los números;
- Distingue el día de la noche;
- Distingue la mano izquierda de la derecha;
- Puede copiar formas complejas, como un rombo;
- Puede decir la hora;
- Puede comprender órdenes con tres instrucciones separadas;
- Puede explicar objetos y su uso;
- Puede repetir tres números al revés;
- Puede leer libros y materiales apropiados para su edad.



- **De 8 a 9 años de edad**

- Puede contar al revés;
- Conoce las fechas;
- Lee más y se divierte leyendo;
- Comprende las fracciones;
- Entiende el concepto de espacio;
- Dibuja y pinta;
- Puede nombrar los meses y días de la semana en orden;
- Disfruta coleccionando objetos;

- **De 10 a 12 años de edad**

- Escribe historias;
- Le gusta escribir cartas;
- Lee bien;
- Disfruta hablando por teléfono.

Es muy importante la capacidad de interactuar y socializar con los demás. Durante los años de edad escolar, los padres verán una transición en su hijo a medida que va de jugar solo a tener múltiples amigos y grupos sociales. Las amistades se vuelven muy importantes, pero el niño es cariñoso con sus padres y le gusta ser parte de una familia. Aunque cada niño es diferente y desarrolla una personalidad diferente, algunos comportamientos comunes que puede presentar un niño figuran a continuación:

- **De 6 a 7 años de edad**

- Colabora y comparte;
- Hace trampas, si tiene oportunidad;
- Siente celos de los demás y de sus hermanos;
- Le gusta copiar a los adultos;
- Le gusta jugar solo, pero los amigos se van volviendo importantes;
- Juega con amigos del mismo sexo;
- Puede tener rabietas;
- Es tímido acerca de su cuerpo;
- Le gusta jugar a juegos de mesa;

- **De 8 a 9 años de edad**

- Le gusta la competición y los juegos;
- Empieza a mezclar amigos y a jugar con niños del sexo opuesto;
- Es tímido acerca de su cuerpo;
- Le gustan los clubes y grupos, como los Boy Scouts o Girl Scouts;
- Empiezan a interesarle las relaciones niño-niña, pero no lo admite.



- **De 10 a 12 años de edad:**

- Los amigos son muy importantes; puede tener un mejor amigo;
- Aumenta el interés en el sexo opuesto;
- Quiere y respeta a los padres;
- Le gusta hablar con la gente.

CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

En el ámbito escolar es importante el control del crecimiento y desarrollo en los niños. El personal docente de las escuelas y colegios debe conocer y aplicar las técnicas para determinar los rangos de normalidad de las tallas y pesos de los niños en las aulas. De este modo es posible detectar los problemas de las estaturas y estados nutricionales de los alumnos para derivarlos oportunamente al médico pediatra.

En el caso del crecimiento se emplean indicadores antropométricos como el índice de talla para la edad. En este sentido, dichas variables (talla y edad) al interrelacionarse en un punto en las tablas respectivas, cabe precisar si está en áreas de normalidad o deficiencia. Si el punto se ubica en áreas fuera de normalidad, la talla será considerada como inadecuada y el paciente deberá ser referido al pediatra para su estudio. Las tablas de referencia recomendadas para su uso universal son las de la NCHS (National Center for Health Statistics).

Del mismo modo, una estimación del estado nutricional es posible conseguirla empleando como indicador el índice de peso para la edad (Anexo 1: Manejo de las tablas de percentiles de T/E y P/E).

En lo referente a la maduración sexual, se evalúa el desarrollo de los órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios en cinco grados o estadios propuestos por TANNER. Para cada órgano se describen cinco grados, que van desde las características infantiles (grado I) hasta tener características de adulto (grado V). Es importante saber que la primera manifestación de la pubertad en mujeres es la aparición del “botón mamario” que ocurre entre los 8 y 13 años, mientras que la primera manifestación de pubertad en varones es el crecimiento testicular, entre los 9 y 14 años de edad.

De otro lado, es muy útil establecer dentro del cronograma de actividades de las escuelas, campañas de atención para despistajes de diferentes problemas de salud frecuentes en estos grupos de edades, como por ejemplo: en salud bucal la detección de caries dental o maloclusiones. En despistaje oftalmológico la detección de trastornos de visión (miopía, hipermetropía, astigmatismo, ambliopía).

Desarrollo y maduración sexual

En la adolescencia la apariencia de los jóvenes presenta cambios singulares y se establecen muchas de las características del adulto. Estos cambios reflejan la maduración sexual, considerada por muchos como el comienzo de la vida adulta. Esta etapa de la vida comienza a los 10 años y termina a los 19 (OMS).

Los cambios biológicos que significan el fin de la infancia son los cambios corporales que acompañan el rápido desarrollo fisiológico. El adolescente aumenta en estatura, peso y aparecen los caracteres sexuales secundarios, los que señalan el inicio de la vida reproductiva (**ver Capítulo 5: Salud sexual y reproductiva**).

Autoevaluación

Defina y establezca diferencias entre los términos crecimiento y desarrollo.

Determine los cambios biológicos y del desarrollo en la edad escolar.

¿Cómo influyen los factores ambientales, hereditarios, hormonales, nutricionales y sociales en el crecimiento?

¿Puede señalar algunos factores causales del crecimiento inadecuado?

¿Está en condiciones de utilizar adecuadamente las tablas de peso y talla para evaluar el crecimiento?

Bibliografía

1. González-Montero de Espinosa M, Pérez-Magdaleno A, Moreno S. El crecimiento como reflejo de los cambios socioambientales. Observatorio Medioambiental, N.º 1, pp 93-104. Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense. Madrid, 1998.
2. Avalos LM. Crecimiento y desarrollo del niño en sus diferentes edades- El crecimiento del niño en edad escolar (6-12 años). Disponible en www.healthsystem.virginia.edu/.../schoolage.cfm.
3. Chávez LM. Crecimiento y desarrollo del niño en sus diferentes edades. Disponible en www.pediatriaenlinea.com/pdf/clinicalactanciamterna.pdf.
4. Galbe Sánchez-Ventura J. Supervisión del crecimiento y desarrollo físico. Prev Infad, pág. 1-9, 2003 Disponible en www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_crecimiento.pdf.
5. Ruiz Pérez LM. Competencia motriz, Problemas de coordinación y deporte. Revista de Educación, 2004; 335: 21-33.
6. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Parte I. Salud escolar del niño y adolescente. www.fastonline.org/CD3WD_40/.../CH03.HTM.
7. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Promoción del Crecimiento y Desarrollo Integral de Niños y Adolescentes. Módulo de Aprendizaje. 2da. Edición, 1999.



Anexo 1

Evaluación del crecimiento físico

Para medir el crecimiento físico debe medirse el peso y la talla adecuadamente.

Con respecto al peso, el preescolar, el escolar y el adolescente deben ser medidos en una balanza tipo plataforma como la que se usa para pesar a los adultos. Previamente debe ser calibrada y el niño debe ser pesado sin ropa (solo prenda interior). Debe anotarse los kilos y gramos.

En el caso de la talla, los niños de estas edades deben medirse en posición de pie con un tallímetro para medir la estatura. Anotar los centímetros o en fracción de metro.

Estos valores deben ser ubicados en una intersección con la edad del niño en una cartilla o tabla de percentiles. La más recomendada es la elaborada por la NCHS.

Evaluación de la talla en niños preescolares, escolares y adolescentes

Una vez obtenida la talla, esta debe registrarse en una cartilla según el sexo que le corresponde, donde están establecidos los límites de normalidad que son determinados por los percentiles. La talla obtenida de la medición debe cruzarse con la edad exacta del niño en la cartilla “Talla para la edad”, según el sexo. Una vez determinado el punto de intersección ubicar en qué percentil o entre cuáles de los percentiles de talla se encuentra. Si está por debajo del percentil 5.º se considera talla baja. Si la talla se encuentra en el percentil 95, o mayor, se clasifica como talla alta. Cuando el profesor detecte cualquiera de estos datos debe comunicárselo a los padres para que el niño sea evaluado por el pediatra.

CASO 1: Ramón, varón de 6 años 3 meses. Tiene talla de 115 cm.

Al registrar en la tabla de percentiles de talla para edad en varones, el punto de intersección se ubica entre los percentiles 25 y 50. Por lo tanto, está dentro de los límites de normalidad.

CASO 2: Luisa, mujer de 14 años 9 meses. Tiene talla de 143 cm.

Al registrar en la tabla de percentiles de talla para la edad en mujeres el punto de intersección se ubica por debajo del 5.º percentil, por lo que se considera fuera de los límites de normalidad (talla baja). El maestro debe recomendar al padre de familia que su hijo sea evaluado por el pediatra.

Evaluación del peso en niños preescolares, escolares

El peso obtenido por medición en balanza de pie debe cruzarse con la edad exacta del niño en la cartilla peso para la edad, según el sexo. Una vez determinado el punto de intersección ubicar en qué percentil o entre cuáles de los percentiles de peso se encuentra. Si está por debajo del 5.º percentil se considera peso bajo (podría deberse a desnutrición). Si el peso se encuentra por encima del percentil 95, o mayor, se considera peso alto (posiblemente obeso). En tales casos el profesor debe comunicar a los padres, para que el niño sea evaluado por un pediatra.



CASO 3: Javier, varón de 7 años 6 meses. Tiene peso de 29 kg.

Al registrar el peso en la tabla de percentiles de peso para la edad en varones, el punto de intersección se ubica entre los percentiles 75 y 90. Por lo tanto está dentro de los límites de normalidad.

En el caso de adolescentes, para evaluar el peso se prefiere usar el índice de masa corporal para la edad IMC/E, pues es considerado el mejor indicador del estado nutricional en adolescentes por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos, y por ser sensibles a los cambios en composición corporal con la edad.

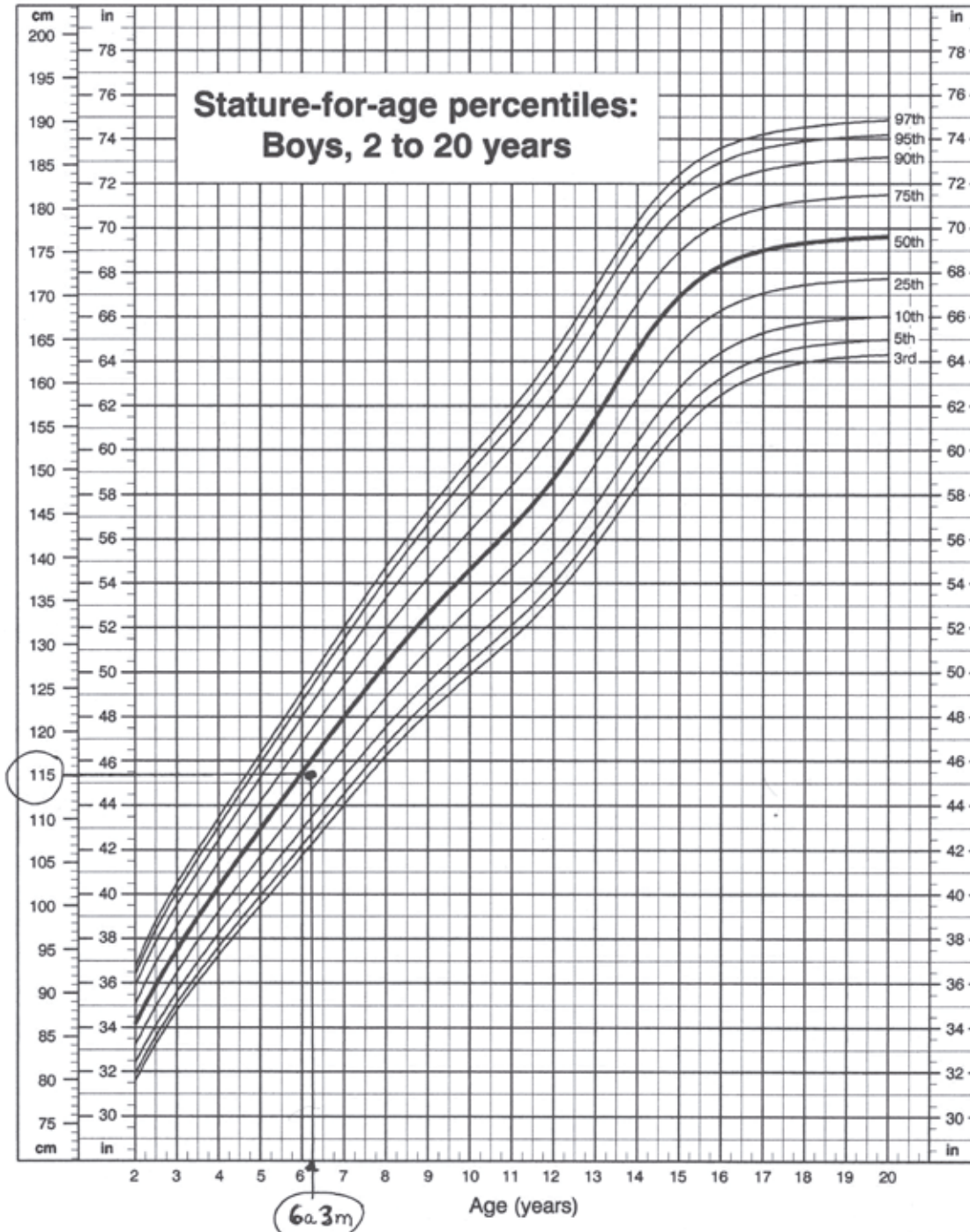
Para obtener el índice de masa corporal se debe dividir el peso (expresado en kg) entre el cuadrado de la talla (expresado en metros). Este resultado se registra en la tabla de percentiles de IMC para la edad, según el sexo. Una vez determinado el punto de intersección ubicar en que percentil se encuentra. Si es menor del 5.º percentil se considera fuera de los límites de normalidad (adelgazado). Si se encuentra entre los percentiles 85 a 95 se denomina sobrepeso. Y si está por encima del percentil 95 se considera obesidad. En cualquiera de estos casos se considera fuera de los límites de normalidad, por lo que el maestro debe recomendar al padre de familia que el niño debe ser evaluado por el pediatra.

CASO 4: Mariana, mujer de 13 años 3 meses. Tiene un peso 74,2 kg y una talla de 160 cm (o 1,6 metros, para efectos de cálculo). Se obtiene el IMC de 29. El punto de intersección entre el IMC y la edad se ubica por encima del percentil 95, por lo tanto, fuera de los límites de normalidad (obesidad).



CASO 1. Ramón, varón, 6 años 3 meses; estatura: 115 cm

CDC Growth Charts: United States

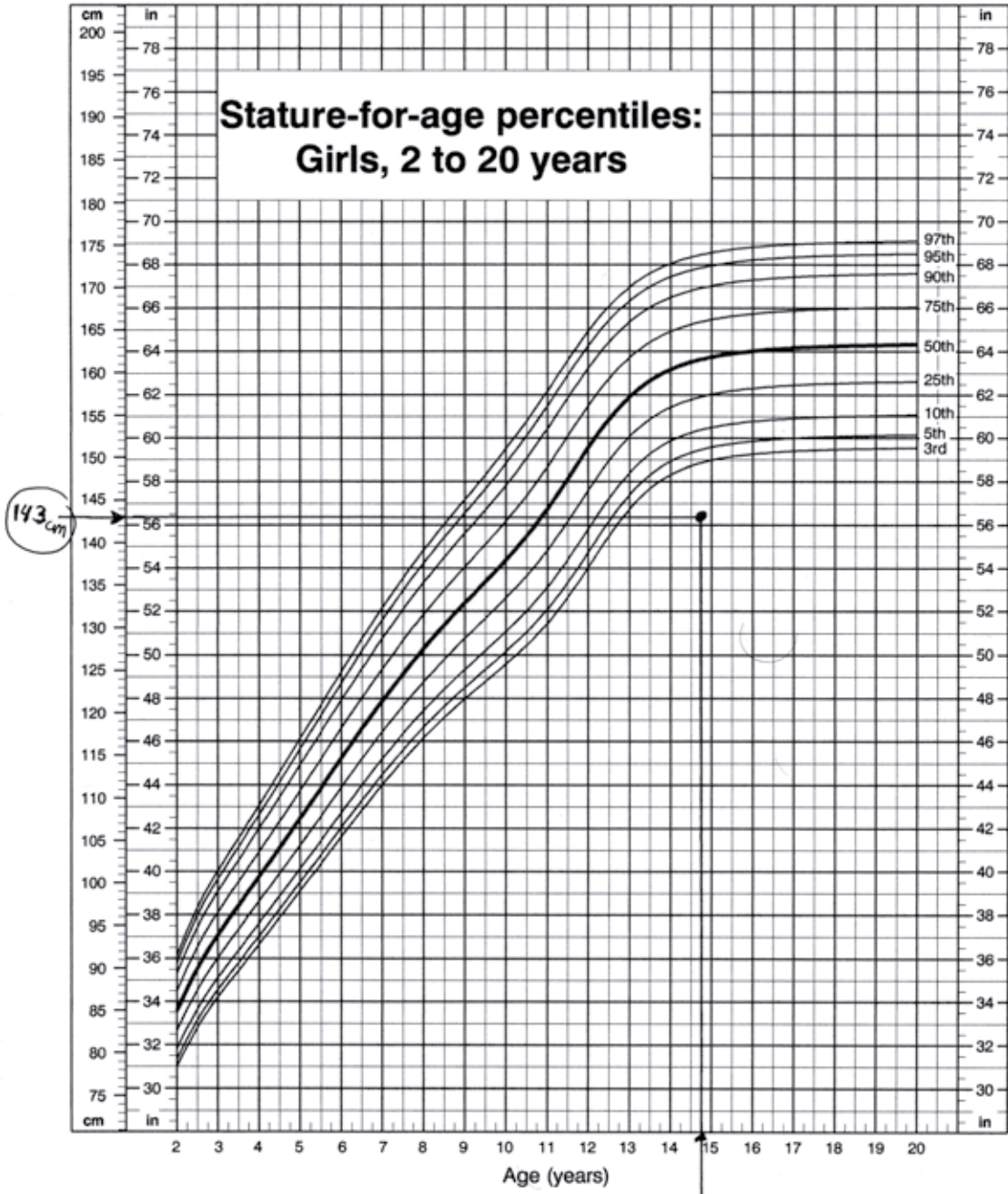


SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



CASO 2. Luisa, mujer, 14 años 9 meses; estatura: 143 cm

CDC Growth Charts: United States



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).

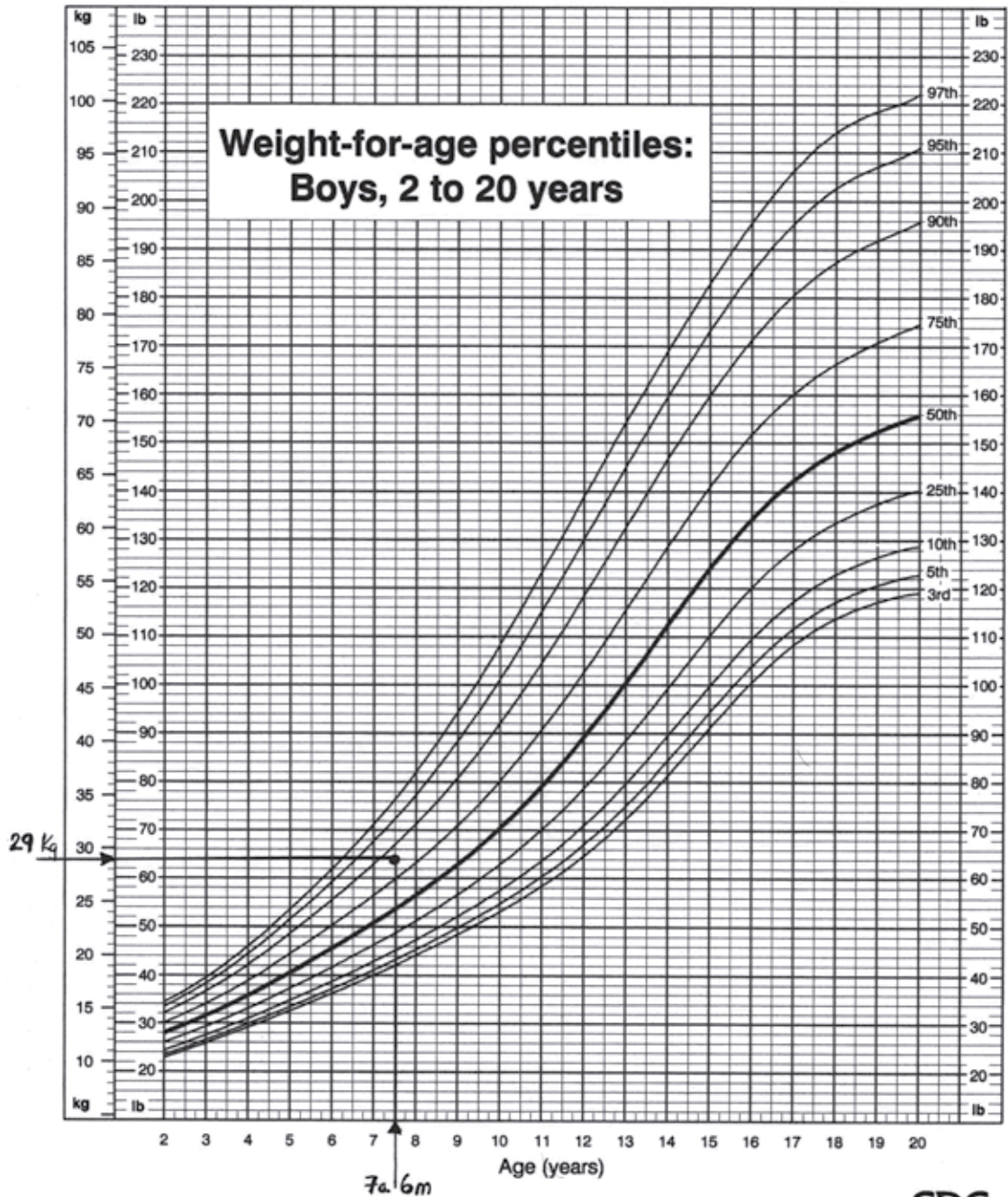
14 a 9 m





CASO 3. Javier, varón, 7 años 6 meses, peso: 29 kg

CDC Growth Charts: United States

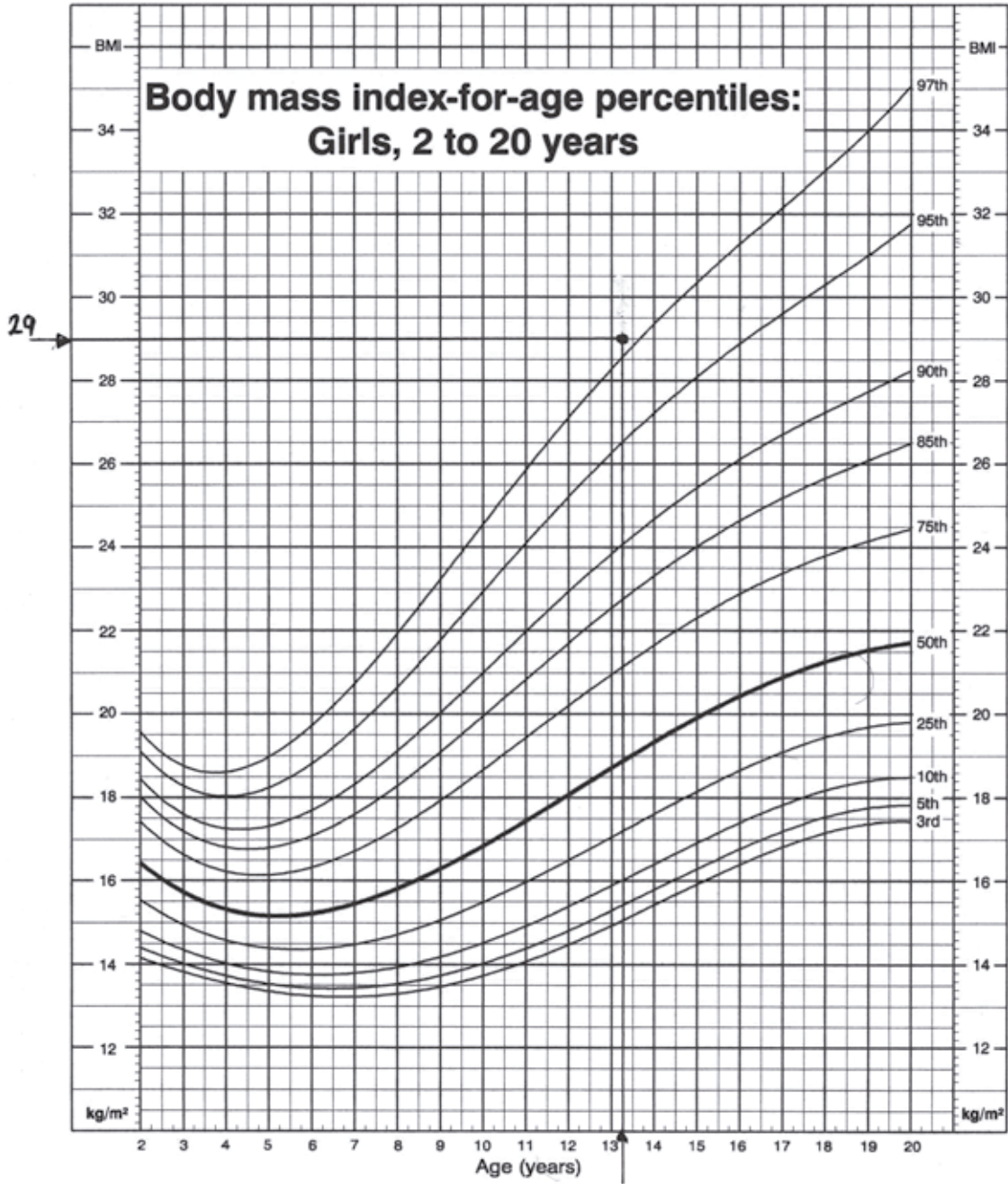


SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



Caso 4. Mariana, mujer, 13 años 3 meses; peso 74,2 kg; talla: 1,60 m (IMC=29)

CDC Growth Charts: United States



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).





2.2. Nutrición y alimentación

Objetivos

- Reconocer la importancia de una alimentación balanceada en el crecimiento, desarrollo y aprendizaje;
- Entender la buena alimentación como factor de protección para la salud del escolar;
- Conocer la utilidad de las tablas antropométricas para identificar escolares en riesgo y con problemas nutricionales que requieren derivación al profesional de salud;
- Identificar alimentos saludables, los principales nutrientes contenidos y los requerimientos de acuerdo con la edad y sexo;
- Promover la incorporación en el escolar de hábitos y pautas de alimentación saludables;
- Conocer los problemas nutricionales más frecuentes y cómo prevenirlos en la población escolar.

Nutrición y alimentación

Importancia

La alimentación y la nutrición son factores importantes para lograr un buen crecimiento, adecuado desarrollo y función de los diferentes órganos y sistemas, así como para la adquisición de habilidades y competencias. Conviene aclarar que la alimentación es el proceso que abarca desde la elección hasta el consumo del alimento, mientras que la nutrición se refiere a todos los pasos que van desde que introducimos el alimento en la boca y los cambios que ocurren al alimento desde ese instante, como la liberación y la entrada de los nutrientes hacia nuestro cuerpo.

Los hábitos alimentarios que se adquieren desde la infancia, son enseñados por la familia y se consolidan durante la adolescencia y la adultez. El tener hábitos alimentarios saludables desde la infancia ayuda a evitar enfermedades tanto a corto como a largo plazo. Por ejemplo: una mala alimentación en la infancia ayuda a desarrollar obesidad, tener diabetes, colesterol elevado, presión alta, etc. que influyen en el desarrollo del 75 al 90% de enfermedades cardíacas en la edad adulta. Otro ejemplo es la anemia por falta de hierro, que entre mujeres de 15 a 19 años alcanza un 19% según la encuesta de ENDES –INEI del año 2010, y se conoce que la anemia provoca disminución de la capacidad de aprendizaje y de la actividad física. Por eso hay gran interés y es necesario educar a los escolares sobre cómo obtener una nutrición balanceada que ayude a su desarrollo y evite problemas de salud.

Una alimentación insuficiente o con nutrientes de mala calidad puede provocar un crecimiento lento o disminuido, sobre todo si ocurre en las etapas de mayor velocidad de crecimiento como en la adolescencia -período comprendido entre los 10 a 19 años de edad- y en donde se necesita recibir mayor aporte de diversos tipos de nutrientes; además, la mala alimentación afecta el desarrollo cerebral que altera el rendimiento escolar al disminuir la capacidad de atención durante las clases.

Por eso resulta importante conocer cómo consumir una alimentación adecuada y balanceada en nutrientes para cada persona, de acuerdo con la edad, la actividad física y momento de desarrollo. La educación nutricional en las escuelas ha demostrado ser efectiva para lograr cambios de conducta alimenticia y favorecer estilos de vida saludable, así como para prevenir problemas futuros de salud que veremos más adelante. Para alcanzar estos logros se requiere el compromiso de la sociedad en su conjunto, incluida la familia, la escuela y los profesionales de salud que deben ejecutar actividades de promoción y prevención efectivas, como por ejemplo tener tiendas de venta en colegios donde se expendan yogur, leche, jugos naturales, ensaladas de verduras y frutas, en lugar de tener productos ricos en grasas y carbohidratos procesados.

Uso de la antropometría para reconocer el estado nutricional

Para saber cuándo un niño o adolescente se encuentra en buen estado nutricional se puede utilizar la antropometría -que se vale de instrumentos sencillos como las gráficas para la edad y sexo- que ayudan a determinar cómo se encuentra en ese momento el escolar y decidir qué se debe hacer para mejorar su estado nutricional. Además, debe realizarse una revisión individual sobre qué tipos de alimentos ingiere, su frecuencia de consumo, formas cómo se consume, etc.

Se pueden usar a partir de los 2 años de edad las gráficas de índice de masa corporal (IMC) y talla para la edad y sexo de la CDC- NHCS, - ver Anexos 1 y 2 - que nos ayudan a saber qué escolares deben ser referidos a un profesional de la salud ya sea por estar por debajo o por encima de su peso y por problemas en la talla para la edad. El IMC es una medida que ayuda a la detección rápida de problemas de peso, se relaciona muy bien con la cantidad de grasa en el cuerpo por lo que sirve para conocer en forma sencilla y rápida cuando se tiene un problema nutricional. Se obtiene de la división entre el peso sobre la talla elevada al cuadrado, dato que se coteja en la gráfica respectiva, y de acuerdo con lo encontrado se puede decir:

Percentil para edad y sexo	El diagnóstico nutricionales
< 5 p	delgadez
5 ≤ 10 p	riesgo de delgadez
10 ≤ 85 p	normal
≥ 85 ≤ 95 p	sobrepeso
≥ 95 p	obesidad

Los escolares con diagnósticos de delgadez, riesgo de delgadez, sobrepeso y obesidad requieren ser evaluados por un profesional de la salud para investigar las causas, y darle un tratamiento adecuado que permita mejorar su estado nutricional, además de prevenir complicaciones para su salud, por ejemplo, se sabe que los obesos pueden tener desde niños niveles altos de colesterol, que requieren ser tratados por un médico y hacer controles para prevenir que en los siguientes años se puedan presentar problemas como infartos cardíacos, presión alta, diabetes, etc.

Para conocer si la talla es adecuada se compara la talla que tiene el niño en la gráfica por sexo y edad (CDC- NHCS), y de acuerdo al percentil alcanzado se puede tener:



Percentil para edad y sexo	Su talla es:
< 5 p	Talla baja
5 - 95 p	Normal
> 95 p	Talla alta

Se conoce que una talla baja puede indicar una mala nutrición, que ha ocurrido por largo tiempo (desnutrición crónica), pero existen niños y adolescentes con tallas bajas que se relacionan con la talla de su familia, y otros que presentan un desarrollo en talla lento respecto a la mayoría. Lo cierto es que los casos de talla baja y talla alta para la edad deben ser evaluados por un profesional de la salud pues pueden estar asociados con problemas hormonales, trastornos genéticos, etc. y necesitan exámenes especiales.

Es importante tener en cuenta que se debe vigilar que se mantenga el peso y la talla siguiendo un mismo canal en la gráfica, o con una variación leve.

Alimentos saludables, principales nutrientes y requerimientos nutricionales

Para tener una buena alimentación debemos conocer qué alimentos son saludables, cuáles son los nutrientes que contienen y cuáles son los requerimientos nutricionales de acuerdo con la edad. Un alimento saludable es aquel que tiene nutrientes útiles al cuerpo y que evita enfermedades. El requerimiento nutricional se refiere a las cantidades de determinado nutriente que debemos consumir a diario.

Existen tablas de requerimientos ya establecidos de acuerdo con la edad y sexo que pueden ser utilizados como referencia para planificar dietas nutritivas y elaborar guías nutricionales (ver Anexo 3). Al consumir alimentos variados hay mayor oportunidad de ingerir diferentes nutrientes. Estos requerimientos se ven traducidos en las raciones alimentarias.

Las proteínas son nutrientes que ayudan a las funciones de reconstrucción de tejidos, cicatrización, crecimiento, defensa del cuerpo, etc. Tenemos alimentos con proteínas de origen animal: leche y sus derivados, carnes (pollo, res, pescado, cerdo, cordero, etc.), embutidos, huevos y mariscos. Entre los de origen vegetal: legumbres (frejoles, garbanzos, lentejas, etc.); cereales (arroz, trigo, maíz), zanahoria, tomate, arvejas, pimientos y frutos secos (nueces, almendras, avellanas). Las proteínas deben constituir el 10 a 15% de la dieta diaria.

Los carbohidratos se encargan de suministrar energía y están en productos con azúcar simple (azúcar, miel, mermelada, dulces, etc.) y azúcares complejos (arroz, pan, fideos, papa, legumbres, etc.), se debe consumir más azúcares complejos en la dieta; estos deben conformar entre el 50 a 60% de la dieta diaria.

Las grasas deben estar en el 30% de la dieta, y ser en su mayoría de origen vegetal (mono-saturadas: como aceites de oliva, maíz, girasol, etc.), en mínima cantidad deben estar presentes las de origen animal (grasas poliinsaturadas). No es saludable abusar de las frituras pues aumentan la obesidad y el riesgo de sufrir infartos. Además de los mencionados, otros productos con grasa vegetal son las frutas secas como las avellanas, las nueces, las almendras, el maní y la palta.

Las vitaminas son nutrientes esenciales para el ser humano, nos aseguramos su ingesta diaria cuando consumimos una nutrición balanceada y variada que incluya vegetales. Es mejor consumirlas en forma natural y no en pastillas o jarabes, pues son mejor absorbidas y aprovechadas por el cuerpo. Entre las más importantes están las vitaminas A y C, que se encuentran en los vegetales rojos, naranjas y amarillos como la zanahoria, el pimiento, el tomate, las fresas, la naranja, el melocotón, la manzana, el melón, etc. además, en la pera, la col, y la coliflor.

El complejo B se encuentra en vegetales de color verde además en la carne de pescado, los huevos, y la leche y sus derivados.

Otro producto necesario de ser consumido en la dieta diaria es la fibra que ayuda a prevenir el estreñimiento, reduce el colesterol de la sangre y controla la glucosa en los diabéticos. Se sabe que debe consumirse 25 g de fibra al día, esta se encuentra en los productos vegetales como las frutas frescas y secas, los cereales integrales, las legumbres, etc. Es recomendable consumir los vegetales (verduras y frutas) en ensaladas, no muy cocidas, no usar extractos pues la fibra se queda en el extractor. Es ideal consumir un mínimo de 400 g de vegetales al día, entre frutas y verduras, que deben dividirse en cinco raciones diarias.

De los minerales, el hierro y el calcio son los más importantes. El calcio se encuentra sobre todo en la leche y sus derivados como el yogur y el queso, en el brócoli, las sardinas, etc. Es necesario para la formación de huesos, en la adolescencia, durante el embarazo; en la lactancia se debe incrementar su consumo para lograr un desarrollo óseo adecuado y tener una buena reserva para evitar la osteoporosis en la edad adulta. El hierro es indispensable, forma parte de los hematíes, necesario en diversas funciones, siendo la más importante el transporte de oxígeno a todos los tejidos del cuerpo; debemos tener en cuenta que la mujer, al llegar a la pubertad, inicia la menstruación la que lleva a una pérdida de sangre mensual. Además, tanto el varón como la mujer al crecer y desarrollarse en la adolescencia y aumentar su número de glóbulos rojos en la sangre requieren ingerir mayores cantidades de hierro en sus alimentos. El hierro se encuentra en las carnes de todo tipo, en la sangre, y en las vísceras como el hígado, la molleja, los riñones, etc. Está también en ciertos vegetales como las legumbres, los frutos secos, etc. Al igual que el calcio es mejor consumir el hierro de origen animal pues es mejor aprovechado por el cuerpo.

Hábitos y pautas alimentarias saludables

La educación en alimentación y nutrición debe orientarse a potenciar o modificar los hábitos alimenticios. Para ello se debe involucrar a todos los miembros de la comunidad educativa, es decir a niños, padres, maestros y directivos. Educar sobre la importancia de una buena alimentación implica descubrir y erradicar creencias, mitos y conductas erróneas.

Es vital la ingesta moderada de sal (5 gr/día) y es indispensable que esta sal sea yodada. El consumo de agua es importante para la diferentes funciones de nuestro cuerpo, debe beberse entre uno a dos litros diarios.

El consumo de alimentos debe ser de tres a cinco veces al día. Evitar consumir productos entre comidas, sobre todo ricos en grasas saturadas como las papas fritas, las frituras, y azúcares simples como los dulces, las galletas, etc. Los azúcares simples son asimilados por el cuerpo y se almacenan en el hígado y tejido graso provocando sobrepeso y obesidad;



alteraciones de la función del hígado; además, favorecen la aparición de caries. Se sabe que la ingesta de azúcares simples puede causar problemas con la vitamina B.

Limitar las bebidas gaseosas y zumos procesados, preferir los naturales como jugos y refrescos es otro hábito saludable de alimentación. Ya hemos señalado la necesidad del cuerpo de ingerir agua y es necesario fomentar su consumo enseñando que es mejor el agua pura sin colorantes ni azúcares en exceso, los beneficios son: ayuda al cuerpo a eliminar productos que no son útiles, reemplaza las pérdidas ocurridas al practicar actividades físicas que aumentan la sudoración y satisface el aumento de requerimientos en épocas de calor.

En relación al consumo de las comidas, se recomienda tomar un desayuno que contenga cereales (pan, galletas, tostadas, cereales, menos frecuente pastel o queques, etc.), frutas (plátano, manzana, naranja, jugos, etc.) y lácteos (leche, queso o yogur), recordemos que es la primera comida del día y debe brindarnos el 20 a 25% de la energía diaria. Es recomendable tomar sin prisa el desayuno, demorando entre 15 a 20 minutos y, de ser posible, en familia.

El almuerzo es la comida principal, debe contener legumbres, tubérculos, arroz o fideos, además una ración de carne o huevo, y vegetales frescos o cocidos como ensalada o guarnición. Puede ir acompañado de un postre que se recomienda sea con leche o una fruta. La cena complementa el almuerzo, pudiendo, variarse algo del almuerzo por ejemplo, si se comió verduras en el almuerzo, en la cena se puede usar fideos y viceversa. El almuerzo aporta el 30 a 35%, y la cena el 25 a 30% de la energía total del día. Se recomienda mantener una conversación agradable en ambos momentos, no pelear o hablar de problemas, ni tener la televisión encendida pues evita comunicarse, y masticar bien; la cena no realizarla muy tarde usando alimentos de fácil digestión.

Las meriendas que se pueden tomar a media mañana y en la tarde deben contener productos con lácteos, frutas frescas o secas, maíz cocido, queso, etc. No usar snacks o productos como papitas saladas, que tienen un alto contenido de sal o azúcares simples, los queques, las donas, los pasteles, los sándwiches con frituras y mayonesa, pues no son nutritivos. Estas meriendas deben aportar un 10% de la energía total diaria.

Recordemos que una dieta saludable se basa en:

- ✓ Variedad, pues contiene diferentes grupos de nutrientes;
- ✓ Es equilibrada, para eso nos ayudamos con la pirámide alimentaria (ver Anexo);
- ✓ Contener agua;
- ✓ Se realiza en cinco tomas;
- ✓ Está acompañada de actividad física.

No es recomendable comprar productos nutricionales difundidos en televisión, radio, e incluso recomendados por los vendedores en las farmacias o boticas, pues pueden generar problemas de salud como sobrepeso u obesidad. Los productos que aumentan el apetito solo deben tomarse bajo la recomendación del profesional de la salud cuando sea necesario.



Problemas nutricionales más frecuentes en escolares

El sobrepeso y la obesidad en los niños en edad escolar y los adolescentes se están convirtiendo en graves problemas en algunas regiones, especialmente en las áreas urbanas. Tanto los niños como los adultos tienen un alto riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad si realizan poca actividad física y comen demasiado, sobre todo alimentos que aportan muchas calorías como las grasas y carbohidratos, además de bebidas ricas en azúcares procesadas como la gaseosa, los zumos artificiales, etc.

La obesidad es un problema que se ha ido incrementando, y las enfermedades asociadas como diabetes, presión alta, aumento de colesterol y triglicéridos pueden llevar a sufrir, en la etapa adulta y joven, infartos. Es importante que esas afecciones sean prevenidas a través de hábitos de buena alimentación y mayor actividad física. Además, se sabe que la obesidad y el sobrepeso pueden estar asociados con problemas nutricionales como anemia, baja ingesta de calcio, etc. Se sabe también que un adolescente obeso tiene 80% de riesgo de ser obeso en la etapa adulta con todos los problemas de salud que conlleva. Los niños y adolescentes obesos tienen, además, problemas de articulaciones de rodilla, de columna, tiene baja autoestima, sufren marginación y maltrato por sus propios compañeros y amigos, aumentan la frecuencia y gravedad de problemas como el asma, sobre todo si son mujeres. Su tratamiento requiere mucha participación y voluntad del obeso, pero sobre todo del apoyo de su entorno para poder reeducar sus hábitos alimentarios, practicar hábitos, como actividad física constante con un mínimo de 20 minutos diarios y eso necesita un compromiso de la familia, los profesionales de salud y los educadores que deben reforzar los avances y esfuerzos logrados, promover la práctica de actividades físicas como la danza, la educación física, los deportes, etc. e informar sobre los riesgos para la salud.

En los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad debe buscarse ayuda de profesionales de salud quienes evaluarán factores personales como sedentarismo, uso de tabaco y/o alcohol, consumo de grasas poliinsaturadas, etc. también factores familiares como diabetes, colesterol alto, presión arterial elevada, infartos cardíacos, accidentes de la circulación cerebral, etc.; además, se buscará señales de resistencia a la insulina, como la acantosis nigricans, que es una coloración oscura en el pliegue del cuello, las axilas e ingles, que indica la facilidad de poder desarrollar diabetes; así mismo se deben evaluar si se tiene otros problemas como presión alta, hígado graso por obesidad, etc.

La anemia por bajo consumo de hierro es otro problema nutricional frecuente en nuestra población, sobre todo en el sexo femenino. Esta carencia se ve empeorada por malos hábitos nutricionales en la adolescencia, como saltarse las comidas, reemplazo u omisión por productos no nutritivos, etc. Que motivan que haya poco hierro en la dieta y al aumentar los requerimientos y no ser cubiertos provocan la aparición de anemia y su persistencia. La anemia presenta señales como cansancio fácil, aumento del sueño, palidez de la piel, mareos, irritabilidad, etc. que pueden hacer sospechar de su presencia. En esos casos debe realizarse un estudio de hemoglobina y, en caso de ser menor de 12 g/dL debe derivarse a un profesional de salud que indicará qué cantidades de hierro como medicamento debe utilizarse; es importante señalar que el tratamiento de la anemia dura 4 meses, en promedio, hasta 6 meses y debe ir acompañado de una reeducación alimentaria del escolar y su familia, para evitar las recaídas. El bajo consumo de calcio es una situación crítica pues se sabe que solo el tercio de niños y adolescentes consume el requerimiento necesario. Estudios del Instituto de Investigación Nutricional de La Molina señalan que en la baja ingesta de calcio así como de hierro en



alumnos de la ciudad de Lima no se asocia solo a la condición económica baja sino a la falta de conocimiento de su necesidad para el desarrollo y crecimiento así como para prevenir enfermedades como la osteoporosis. Existe un bajo consumo de calcio diario debido a la poca ingesta de leche o sus derivados en la dieta normal, lo que se empeora con costumbres y poco conocimiento de cómo usar estos productos, por ejemplo: se diluye mucho la leche evaporada que frecuentemente se usa, cuando se debe preparar en proporción con agua de 1 por 1, es decir una taza de leche adecuada para el desayuno con los 200 mg de calcio debe ser preparada así: media taza de agua hervida y media taza de leche evaporada.

En cuanto a los trastornos de conducta alimentaria (TCA), son enfermedades que se están presentando cada vez con mayor frecuencia considerándose como una epidemia. Los TCA se pueden definir como pautas anormales de la conducta alimentaria en los que se refleja la ganar peso como una pérdida de autocontrol. Entre los factores de riesgo para sufrir estas enfermedades se encuentran los factores individuales como depresión, obesidad, experiencias negativas en la infancia, pubertad precoz, etc. y factores familiares como la depresión; los trastornos alimentarios; la obesidad; el uso de alcohol y otras drogas; preocupación por la estética y la dieta; familia que evita o niega conflictos, que inhibe manifestaciones de las emociones y agresividad y busca proyectar imagen de familia perfecta; es muy poco claro en sus límites y roles, etc. En cuanto a factores de riesgo social se tiene actualmente una gran preocupación por tener una imagen delgada como pasaporte de éxito y aceptación social, ello es reforzado por la publicidad a través de los medios de comunicación dejando de lado darle relevancia al desarrollo personal. La edad de inicio es mayormente en la adolescencia, y las mujeres son afectadas hasta 10 a 12 veces más que los hombres, pero los varones que padecen estas enfermedades tienen peor pronóstico. Estos trastornos serán tratados con más detalle en el Capítulo IV, por tener implicancias psiquiátricas.

Autoevaluación

¿De qué forma podría articularse la educación nutricional en las escuelas saludables? Formule sus ideas y explique.

¿Por qué considera importante el uso de tablas antropométricas en la escuela?

¿Qué alimentos y hábitos alimentarios saludables recomendaría a los alumnos y a sus familias?

¿Qué recomendaciones daría usted para combatir la obesidad y el sobrepeso en las escuelas?

Identifique los grupos de nutrientes importantes y los alimentos donde se encuentran.

¿Conoce la composición de los distintos grupos de alimentos y es capaz de recomendar una dieta equilibrada?

Señale como podría usted identificar los problemas nutricionales más frecuentes

¿En qué casos alertaría a los padres y enviaría a los alumnos a los centros de salud para consulta especializada?

Bibliografía

1. Cuidado de la Salud Infantil. Programa y materiales de apoyo para el estudio. Programa para la Transformación y el Fortalecimiento Académicos de las Escuelas Normales Secretaría de Educación pública. México, 2002.
2. Fernández P. Dietary habits and nutritional status of school aged children in Spain. *Nutr Hosp.* 2006; 21.
3. American Heart Association. Recomendaciones Nutricionales para niños y adolescentes: Guía para el profesional. *Pediatrics* 2006; 117: 544.
4. OMS. Nota descriptiva N.º332. Agosto, 2009.
5. Articular la atención integral de nutrición, la asistencia alimentaria y la educación nutricional dentro en las escuelas saludables. En: tipica.org/pdf/5_ex_experiencias_del_departamento_de_nutricion.pdf.
6. Nutrición para niños de escuela primaria. En: www.fcs.uga.edu/pubs/PDF/FDNS-E-SP-68.pdf.
7. Morón C. Educación en Nutrición en escuelas básicas de Chile. En: [http:// www.vlc.fao.org/paises/chile/edubachi.htm](http://www.vlc.fao.org/paises/chile/edubachi.htm).
8. Álvarez J, Selva A, Suárez I, Pérez G, Duverger J. Escuela nutricional para madres de niños desnutridos menores de 5 años . *MEDISAN* 2008;12(3).
9. Rodríguez A, García J, Lois C, Pérez M. Estrategia integradora para la educación nutricional hacia la comunidad, centrada en el ámbito escolar?
10. www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/.../doc.pdf
11. Educación alimentaria y nutricional. Libro para el docente. Serie ciencia, salud y ciudadanía. Ministerio de Educación, Argentina.

2.3. Actividad física

Objetivos

- Beneficios de la actividad física;
- Relación entre sedentarismo y obesidad;
- Importancia en trastornos psicológicos;
- Cuidar el exceso de actividad física.

La actividad física es toda acción motriz que implica el uso de nuestra musculatura para mover el cuerpo y que demanda un gasto energético sobre el nivel basal. La importancia de la actividad física en la etapa escolar es fundamental, bien orientada posibilita que los niños puedan:

- Crecer sanos;
- Tener huesos y músculos fuertes;



- Gastar energía;
- Aprender movimientos cada vez más complejos en los deportes;
- Desarrollar control y confianza con el propio cuerpo;
- Instalar el hábito de la actividad física como parte de las actividades diarias.

El desarrollo de la actividad física va a depender de la edad. En el preescolar está basada en los juegos, mientras que en los escolares y adolescentes en la gimnasia y los deportes.

Actividad física en edad preescolar y escolar

Estudios recientes en preescolares de nutrición normal evidencian la existencia de alto sedentarismo, particularmente durante su permanencia en los jardines infantiles. Ellos necesitan emplear más tiempo en actividades que demanden mayor gasto de energía.

Los jóvenes en edad escolar deben acumular diariamente al menos 60 minutos de actividad física de intensidad moderada o vigorosa para garantizar su desarrollo saludable. Esto puede proporcionarles importantes beneficios físicos, mentales y sociales.

Actividad física en adolescentes

La realización de una actividad física adecuada ayuda a los jóvenes a:

- desarrollar un aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) sano;
- desarrollar un sistema cardiovascular (corazón y pulmones) sano;
- desarrollar un sistema neuromuscular (coordinación y control adecuado de los movimientos) ;
- mantener un peso corporal saludable.

La actividad física que realicen los adolescentes debe ser suficiente si participan en deportes organizados o actividades físicas informales en forma regular de tres o más veces por semana y, por al menos, 20 minutos en el día. Estas actividades requieren niveles moderados o vigorosos de ejercicios como correr, trotar, patinar, nadar, fútbol, basquetbol, baile, etc.

La actividad física también se ha asociado en los jóvenes a beneficios psicológicos, gracias a la mejora de control de la ansiedad y depresión. Asimismo, puede contribuir a su desarrollo social dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza y la integración y las interacciones sociales. También se ha sugerido que los jóvenes activos pueden adoptar con más facilidad otros comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y mejorar el rendimiento escolar.

El exceso de actividad física no es saludable porque puede llevar a sobreutilizar los músculos y articulaciones provocando lesiones o retrasar la madurez sexual. Entre las mujeres adolescentes que practican atletismo o baile, el ejercicio excesivo puede estar asociado con trastornos de conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia).

Aunque un buen programa de educación física escolar es fundamental en la promoción de la actividad física, la salud y bienestar, otros factores pueden afectar la participación de la juventud en actividades físicas al influir en sus estilos de vida. Algunos de ellos son:



la cultura, la comprensión en la familia, los valores, el conocimiento, las actitudes, las habilidades, los medios de comunicación, la vida social, la influencia de los amigos y la familia, además de enfermedades genéticas y del sistema nervioso central.

Trost y colaboradores, al estudiar los patrones de actividad física y sus determinantes psicosociales y ambientales en el desarrollo de la obesidad en escolares norteamericanos de 10 a 13 años, encontraron que comparados con los no obesos, los obesos desarrollaban significativamente menos actividad física diaria moderada o intensa.

La salud es un derecho de ciudadanía que asiste a todo escolar y es responsabilidad del Estado, en sus niveles municipal, provincial y nacional, el brindarle los mecanismos necesarios para el goce de un óptimo estado de salud.

Autoevaluación

¿Qué beneficios para la salud brinda la actividad física?

¿Existe relación entre sedentarismo y obesidad?

¿Tiene importancia la actividad física en casos de preocupación y ansiedad?

¿Es saludable o dañino el exceso de actividad física?

Bibliografía

1. Estilos de vida saludables. Bases curriculares de la educación parvularia. UNICEF, Chile. Disponible en www.mineduc.cl/biblio/documento/1642.
2. Actividad física en los jóvenes. OMS. Disponible en www.who.int/entity/dietphysicalactivity/.../es/index.html.
3. Esper P. La Educación física escolar como vía de educación para la salud. Disponible en www.sportsalut.com.ar/articulos/act_fis_salud/20.pdf.
4. Pérez Villasante L; Raigada Mares J; Collins Estrada S A ; Alza SM ; Felices -Parodi A Jiménez Castro S ; Casas Castañeda J. Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú Acta méd. peruana 2008;25 (.4) 204-209.
5. Olivares S, Bustos N, Moreno X, Lera L, Cortez S. Actitudes y prácticas sobrealimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. Rev Chil Nutr Vol. 33, N.º2, agosto 2006, pp. 170-179.
6. Trost S, Kerr L, Pate R. Physical activity in obese and non-obese children. IJOB 2001; 25(6):822-829.
7. Levenberg P, Elster A. Evaluación clínica y manual de control. Lineamientos para los servicios preventivos para adolescentes. 1995. American Medical Association. Department of Adolescent Health.



2.4. Inmunizaciones

Objetivos

- Reconocer la importancia de las inmunizaciones;
- Conocer el esquema de inmunizaciones para escolares;
- Prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas en la escuela.

Introducción

La prevención de enfermedades a través de las vacunas o inmunizaciones es uno de los grandes avances de la medicina a nivel mundial pues han salvado millones de vidas, además de lograr que algunas enfermedades ya no existan, como por ejemplo la viruela. Actualmente hay vacunas que permiten prevenir por lo menos 20 diferentes tipos de enfermedades contagiosas. Solo en nuestro país los niños reciben 16 tipos diferentes de vacunas. La ciencia médica sigue intentando crear nuevas vacunas, buscando brindar una mejor calidad de vida y salud para todos a través de vacunas seguras que garanticen una protección óptima y duradera contra estas enfermedades.

Definición

Las enfermedades infecciosas son producidas por agentes como bacterias, virus, hongos y parásitos que luego de infectar a una persona pueden contagiar a otra de diversas formas; por ejemplo, la tuberculosis se contagia cuando la persona enferma al toser o escupir elimina el bacilo al ambiente, y cuando otra persona respira permite el ingreso del bacilo a su aparato respiratorio. El ser humano tiene un sistema de defensa contra las infecciones provocadas por estos agentes infecciosos que se conoce como SISTEMA INMUNE, el cual responde inmediatamente ante cualquier agente agresor que ingresa al cuerpo- INFECCIÓN NATURAL - distinguiendo lo propio de lo ajeno para poder eliminarlo; sin embargo, a veces esta respuesta no es suficiente. Hay que entender que cuando un agente infeccioso entra al cuerpo y provoca una infección natural, el cuerpo responde creando anticuerpos. Dependiendo de varios factores (estado de inmunidad, cantidad de agente en contacto, etc.) puede desarrollarse o no la enfermedad, en ese principio se basa la idea de la vacunación. Hace muchos años se descubrió que al utilizar los mismos virus o bacterias causantes de infección podría evitarse hacer la enfermedad. En 1796, Edward Jenner preparó de una lesión de una ordeñadora con viruela, un preparado que luego le colocó a un niño consiguiendo que este no se enfermara. Desde entonces se hicieron investigaciones que permitieron desarrollar las vacunas que actualmente conocemos.

Las vacunas son productos preparados a partir de un agente (bacteria o virus), donde puede usarse a todo el agente, parte de él o un derivado del mismo para provocar una respuesta artificial del sistema inmune que sea parecida a la infección natural, pero con menos riesgos, esta INFECCIÓN ARTIFICIAL hace que se produzcan anticuerpos para determinada enfermedad que funcionan como una memoria del agente infeccioso para el sistema inmune. Así, cuando la persona vacunada se contacta con el agente del ambiente externo, su sistema inmune reconoce al agente agresor rápidamente, y produce anticuerpos para realizar mejor su trabajo y evitar la enfermedad.

A la aplicación de vacunas se le conoce como vacunación o inmunización y su uso ha sido tan beneficioso que en muchos países – como el nuestro- se tienen programas gratuitos de vacunación a disposición de sus pobladores para las enfermedades más frecuentes, dando importancia prioritaria a los grupos más vulnerables como son los niños. Periódicamente se hacen campañas de “barrido” que significan buscar en la comunidad a quienes no han completado sus vacunas, población que está en riesgo de enfermar. Hay vacunas que deben recibirse en varias dosis para que se garantice su efecto de protección contra la enfermedad, otras requieren una sola dosis.

Utilidad e importancia

La principal utilidad de las vacunas es ayudar al sistema inmune a responder contra los agentes infecciosos que provocan enfermedades contagiosas y originar una respuesta de este sistema para protegernos por tiempo prolongado.

En nuestro país, donde cada cierto tiempo tenemos brotes de enfermedades infecciosas como la varicela o la hepatitis viral A; existen lugares donde las condiciones de nutrición, salud y vivienda es pobre, entonces el sistema inmune puede resultar poco efectivo para frenar la diseminación de enfermedades que hay en la comunidad, como la tuberculosis. La vacunación resulta urgente y muy importante pues no solo evitará enfermedades que pueden provocar discapacidad o muerte, sino que al prevenirlas representa un ahorro económico enorme para la comunidad, la sociedad y el Estado, por lo que la vacunación se considera como una inversión que permite el desarrollo, favorece la salud y la vida de su gente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona las siguientes razones para vacunar a los niños:

1. La vacunación salva vidas;
2. La vacunación es un derecho fundamental, pero no accesible para todos;
3. Los brotes infecciosos representan una grave amenaza;
4. Las enfermedades infecciosas siguen matando;
5. Las enfermedades infecciosas pueden ser controladas y eliminadas;
6. La vacunación es rentable;
7. Los niños dependen de los sistemas de salud para que les ofrezca vacunación segura, eficaz y poco costosa.

Muchas veces existe temor o desconocimiento acerca de las vacunas por lo que hay gente que prefiere no vacunarse; entre ellos, el miedo a que la vacuna produzca daño o enfermedades. Lo cierto es que las vacunas, como cualquier otro producto –igual que los medicamentos- puede tener algún efecto adverso. Un efecto adverso es un evento no esperado que ocurre al administrar un producto, en el caso de las vacunas esta posibilidad es pequeña y debe valorarse más bien el real beneficio que producen al evitar enfermedades que causan daño o muerte. Es necesario conocer que para producir una vacuna han pasado por lo menos entre diez a quince años de estudios, investigaciones y pruebas antes de ser utilizadas en humanos, que pasan por controles de calidad estrictos, son avaladas por instituciones de prestigio y dedicadas a cuidar la salud de la población, como la OMS. Cualquier efecto adverso asociado a vacunas debe ser informado para



poder identificar si es la vacuna la responsable o un problema relacionado a su cuidado, transporte, aplicación, etc. Hay efectos leves como dolor en el sitio de la aplicación de la vacuna, y otros efectos llamados severos que son raros y requieren tratamiento por el personal de salud. Siempre debemos tener en cuenta que las enfermedades que se pueden prevenir con vacunas son peores que sus efectos adversos.

Esquema de vacunación para escolares

En el Perú tenemos un programa financiado por el Ministerio de Salud (MINSA) denominado ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES. Este programa contempla administrar vacunas en forma gratuita a través de las entidades de salud pública. Describiremos brevemente estas vacunas y qué enfermedades evitan.

Vacuna BCG: según la OMS un tercio de la población mundial está infectada con tuberculosis (TBC), 8 millones de casos nuevos ocurren cada año y casi 2 millones de personas mueren anualmente. El Perú tiene una incidencia muy elevada (más de 85 por 100 000 habitantes), por lo que la TBC es un grave problema de salud pública. El germen causante es el *Mycobacterium tuberculosis*, descubierto por Robert Koch (1882). La vía de ingreso es la vía aérea, por lo que habitualmente lesiona los pulmones, y en los niños la tendencia es a desarrollar la enfermedad en forma generalizada. El bacilo entra al cuerpo por la vía aérea en las gotas de saliva o tos, lo incuban por 4 a 12 semanas y puede dar una infección sin síntomas en la mayoría de casos o la aparición de síntomas como fiebre, malestar general y tos exigente, que pueden ceder sin tratamiento. Posteriormente, algunos adultos y niños harán cuadros con manifestaciones respiratorias más graves, llamado TBC pulmonar; otro grupo hará TBC extrapulmonar (fuera del pulmón) que afecta al sistema nervioso, los intestinos, los ganglios, etc. Otros niños sufrirán TBC de compromiso tardío como la TBC de riñón, de huesos, de genitales, etc. La sospecha es presentar fiebre de causa no conocida, tos crónica que dura más de 15 días, sudoración, pérdida de peso, ante ello es conveniente ser evaluado por un médico prontamente. Es importante tener en cuenta que se debe buscar a la persona enferma que origina el contagio - en la casa, la escuela, comunidad, etc.- para cortar la transmisión y detectar a todos sus contactos para realizar un estudio.

Desde 1921 se empezó a usar la vacuna de bacilo de Calmette y Guérin o BCG, la cual es en la actualidad la vacuna más usada en el mundo. Y aunque no evita contraer el bacilo y hacer la infección, impide hacer las formas graves extra pulmonares de TBC además de proteger a los no infectados, especialmente en poblaciones donde hay muchos enfermos tuberculosos con riesgo de transmisión elevado, como en nuestro país. En el Perú se aplica el BCG en recién nacidos y en prematuros con más de 2 kilos de peso. Si no la recibe al nacer, se recomienda aplicarla hasta los 6 años de edad. No se requiere reforzar con otras dosis.

Vacuna contra hepatitis viral B: se contagia por transfusiones de sangre contaminada; por tener relaciones sexuales sin protegerse; a través de la leche materna de madres enfermas, y por dañarse con objetos cortantes o punzantes usados por los enfermos. Esta enfermedad puede causar cáncer de hígado (60 a 80% de pacientes). La vacuna se aplica al nacimiento y, posteriormente, a los 2, 4 y 6 meses de edad, sola o junto con la vacuna para hepatitis A, o como parte de las vacunas pentavalente o hexavalente. Está indicado vacunar adolescentes no inmunizados previamente; trabajadores de la salud; homosexuales o bisexuales con más de una pareja; heterosexuales con más de

una pareja, o con antecedentes de enfermedad de transmisión sexual; convivientes, y contactos sexuales con portadores del virus de hepatitis B. También es recomendable la vacunación en personas que reciben hemodiálisis o tienen insuficiencia renal crónica, antes de empezar a recibir diálisis; en quienes deben recibir transfusiones frecuentes; a pacientes con HIV, y en los que van a recibir trasplante de órganos.

Vacuna triple o difteria- pertussis- tétanos (DPT): esta vacuna se conoce como triple pues protege contra tres enfermedades causadas por bacterias, estas son:

1. La difteria: es transmitida por la *Corynebacterium diphtheriae* a través de secreciones nasales y contacto con exudados y/o lesiones del enfermo. Luego de ingresar el bacilo se incuba por 2 a 5 días, produciendo una inflamación severa de la garganta y crecimiento de los ganglios del cuello, además de fiebre, malestar general e irritabilidad. El bacilo se aloja en la nariz y garganta donde produce una toxina que destruye tejidos locales y forma membranas en las vías respiratorias, lo cual provoca obstrucción respiratoria, y neumonía. La difteria puede dañar al corazón (miocarditis) y los nervios (neuritis). El paciente luce muy enfermo y contagia durante 2 semanas. En el 5 a 10% de casos puede ocasionar la muerte.

2. Tos ferina, pertussis o “tos convulsiva”: provocada por la *Bordetella pertussis*, esta enfermedad ataca las vías respiratorias, se transmite por las gotitas expulsadas con la tos y secreciones nasales del enfermo, se incuba por 7 a 10 días. Se presenta al inicio con secreción nasal, fiebre, y tos exigente que dura de 6 a 10 semanas, esta tos se hace paroxística- ataques de tos- hasta provocar vómitos y episodios de falta de aire y puede complicarse con neumonías. Los niños menores de 6 meses pueden convulsionar y presentar lesiones cerebrales. Se debe tener en cuenta que recibir la serie completa de vacunas en el primer año de vida no nos hace inmunes para siempre, por ello se hace necesaria la revacunación.

3. Tétanos: ocurre por el ingreso de la bacteria *Clostridium tetani* en heridas contaminadas expuestas a la tierra, pues se encuentra en el suelo, el polvo y en las heces de los animales; su periodo de incubación es de 3 a 21 días. No se contagia de persona a persona. En niños recién nacidos, cuyas madres no recibieron la vacuna, si se corta el cordón umbilical con tijeras o navajas no esterilizadas se puede originar el tétanos neonatal que es muy grave y puede causar la muerte. En el tétanos se producen contracciones musculares dolorosas en todo el cuerpo, convulsiones, y además complicaciones de las vías respiratorias, edema del cerebro, fracturas y muerte.

La vacuna triple contra estas tres enfermedades se aplica en cinco dosis: a los 2, 4 y 6 meses de vida y luego dos dosis más como refuerzo: una entre los 15 a 18 meses de vida y la última entre los 4 y 6 años con lo que se tendrá un esquema completo. A partir de los 7 años se contraindica el uso de DTP por el componente pertussis. Esta vacuna puede provocar dolor, fiebre y molestias en la zona de aplicación por lo que el niño llora o se pone irritable, esto es transitorio pero en algunos casos puede requerir evaluación del médico pediatra. Los adolescentes a partir de los 11 años deben recibir refuerzo de difteria y tétanos (dT). La capacidad de defensa luego de completar las cinco dosis de la infancia es de 10 años, a partir de entonces hay que aplicar dosis de refuerzo cada 10 años. En las mujeres embarazadas se debe usar dT (difteria-tétanos) o la antitetánica sola.

Vacuna contra la poliomielitis: nos protege contra la polio o poliomielitis infantil, que es una enfermedad viral que afecta el sistema nervioso produciendo una secuela permanente



como parálisis e incluso la muerte. El virus es eliminado por heces y saliva e ingresa por la vía oral. Su periodo de incubación es de 1 a 2 semanas. La infección puede ir con manifestaciones leves como fiebre, malestar, dolor de cabeza, diarrea, dolor de garganta, náuseas y vómitos, pero, en algunos casos se presenta debilidad muscular, dificultad e insuficiencia respiratoria y parálisis. Hasta el momento, la OMS recomienda el uso exclusivo de vacuna oral (OPV) en las campañas de vacunación en masa, pero existe una vacuna intramuscular llamada vacuna inactivada (IPV) que se aplica igual a los 2, 4 y 6 meses. La vacuna oral no debe administrarse si el niño tiene vómitos o diarrea moderada a severa.

Vacuna contra neumococo: el neumococo o *Streptococcus pneumoniae* es una bacteria que produce infecciones invasoras como infección generalizada, meningitis y neumonías. La forma no invasora provoca infecciones de oído, sinusitis, conjuntivitis, etc. En niños menores de 2 años es causa frecuente de enfermedad y muerte en nuestro país. Esta vacuna se aplica a los 2 y 4 meses de edad con refuerzo al cumplir el primer año de vida y está indicada, además, en niños a partir de los 2 años de edad y en adultos que tengan riesgo de tener infecciones severas por neumococo como por ejemplo quienes tengan cardiopatía, diabetes, no tengan bazo, leucemias, linfomas, HIV, etc.

Vacuna contra la Influenza estacional o gripe clásica: este virus provoca frecuentemente enfermedad respiratoria aguda conocida como gripe. Debe aplicarse idealmente una vez al año en la temporada de otoño, pero si no se recibió la vacuna oportunamente puede aplicarse en los meses de invierno. Debe ser usada a partir de los 7 meses de vida; si se aplica por primera vez, y hasta los 9 años debe darse dos dosis, con un intervalo de 1 mes entre dosis y dosis. Su aplicación es gratuita hasta los 5 años de edad. Se recomienda usar en pacientes con asma, rinitis alérgica, enfermedades cardíacas, con HIV, diabetes congénita, síndrome de Down, niños en guarderías, personas mayores de 65 años, personal de salud, familiares en contacto con pacientes antes mencionados, personal de escuelas y guarderías.

Vacuna triple viral o sarampión- rubeola y paperas (SRP): esta vacuna protege contra tres importantes enfermedades virales que son:

1. Sarampión: se transmite por contacto directo con gotitas de secreciones de la nariz y garganta cuando se tose o estornuda. Los pacientes contagian incluso uno a dos días antes de la aparición de los síntomas, y hasta cuatro días luego que desaparecen las lesiones en la piel. El virus ingresa así a la mucosa respiratoria y se incuba durante 1 a 2 semanas antes de que aparezcan los síntomas como fiebre, inflamación de la garganta, tos, secreción nasal, ojos enrojecidos y lesiones finas rojizas en la piel que comienzan en la cara, se extienden al resto del cuerpo y duran de cuatro a siete días. Entre las complicaciones se encuentran: infección de oído, neumonía, diarrea, cuadro de meningoencefalitis y muerte; es más frecuente en niños desnutridos, lactantes y con déficit de vitamina A.

2. Parotiditis o paperas: esta enfermedad ocurre más frecuentemente a finales de invierno y en primavera, se presenta principalmente en niños, pero es más grave en adolescentes y adultos. Se transmite a través de la diseminación de gotitas de las vías respiratorias o por contacto directo con la saliva de una persona infectada. El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas; mientras que el período de contagio es de siete días antes de que aparezcan los síntomas, y hasta nueve días después. Los síntomas principales son fiebre e inflamación de la glándula parótida, con dolor y aumento del tamaño (parotiditis). Entre las complicaciones tenemos: inflamación del páncreas (pancreatitis), compromiso del



sistema nervioso (encefalitis, meningitis), un 20 a 30% de varones adolescentes presentan inflamación de los testículos (orquitis) y el 5% de las mujeres inflamación de los ovarios. Raramente origina infertilidad o sordera.

3. Rubéola: se presenta con mayor frecuencia en la infancia, entre finales del invierno y principios de la primavera. En la mayoría de casos se manifiesta como una enfermedad leve, sin graves repercusiones pero si ocurre en una mujer embarazada, principalmente en el primer trimestre, puede llevar en 85% de casos a graves malformaciones congénitas conocidas como SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA que produce defectos oculares (cataratas, glaucoma, etc.), cardíacos y sordera, además de cabeza pequeña, meningoencefalitis, retraso mental, retraso de crecimiento, etc. La transmisión es por contacto directo o por diseminación de gotitas de secreciones de la nariz y garganta. El período de máximo contagio se extiende desde 5 a 6 días antes hasta después de la aparición de las lesiones de la piel. El período de incubación de la enfermedad es de 2 a 3 semanas. Luego aparecen fiebre, dolor de cabeza, picazón de ojos, crecimiento de ganglios de la zona posterior del cuello y lesiones en la piel. Puede haber dolor e inflamación en las articulaciones que son pasajeras, raras en niños y más frecuentes en adolescentes y adultos, especialmente en las mujeres.

La vacuna triple viral o SPR está indicada para todos los niños a los 12 meses de edad y a los 4 años; en el caso de los adolescentes, a partir de los 11 años. Aquellos que no tengan las dos dosis de triple viral previas, deben recibir una dosis de triple viral. También se dispone de vacunas separadas contra la rubéola y la doble viral: sarampión- rubeola. Su protección es duradera, probablemente para toda la vida.

Vacuna contra la fiebre amarilla o antimalárica: es originada por un virus, su período de incubación es de 3 a 6 días. Algunas infecciones no dan síntomas y en otras presentan fiebre, dolor muscular (sobre todo de espalda), dolor de cabeza, pérdida del apetito, náuseas y vómitos. Después de 3 a 4 días, la mayoría de los pacientes mejoran y sus síntomas desaparecen, pero otros presentan un color amarillento de la piel y ojos (ictericia), dolor abdominal y sangrados. Los riñones, el hígado y el corazón fallan pudiendo llegar a morir hasta 50% de los enfermos, es mayor la mortalidad en niños y ancianos. La vacuna se indica a partir de los 15 meses de edad y en quienes viven o viajan a zonas donde existe la enfermedad, como nuestra Amazonía. Debe aplicarse por lo menos 10 días antes de exponerse al riesgo de infección. No son necesarias las revacunaciones.

Vacuna contra *Haemophilus influenzae* (Hib): este germen se transmite por secreciones nasales que permiten el ingreso a la mucosa respiratoria del *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). El período de incubación es de 2 a 4 días. Se presenta con fiebre, vómitos, y letargo. Provoca infección de oído, sinusitis, bronquitis, neumonía y, menos frecuentemente, complicaciones como infección de la piel (celulitis), problemas cardíacos, infección de las articulaciones y huesos, etc. A veces, sobre todo en lactantes pequeños, puede causar meningitis con secuelas neurológicas permanentes, infección generalizada y sordera. Los lactantes que han perdido la inmunidad materna y cuyo sistema inmune está inmaduro pueden desarrollar las lesiones más graves. Las vacunas polivalentes contra Hib están indicadas en todos los niños menores de 5 años, y en sujetos mayores con factores de riesgo tales como falta del bazo, infección por VIH y SIDA.

Vacuna contra rotavirus: es la causa más frecuente de diarrea, vómitos abundantes y/o fiebre en niños. El rotavirus es responsable de casi 30% de las consultas por deposiciones



líquidas en servicios de urgencia. Este cuadro puede llevar a una deshidratación que requiera hospitalización. El problema dura 4 a 5 días, con un máximo de 10 días. La vacuna se aplica a los 2 y 4 meses de vida por vía oral.

Existe una vacuna denominada **PENTAVALENTE** que incluye a las vacunas para hepatitis viral B+ triple (DPT) + *Haemophilus influenzae* tipo b, se utiliza en un esquema de tres dosis a los 2, 4 y 6 meses. También se dispone de la vacuna **HEXAVALENTE** que incluye además de esas cinco vacunas y a la vacuna polio inactivada (VPI).

Existen otras vacunas que no pertenecen al esquema del MINSA pero están indicadas para aplicarse como son:

Vacuna contra hepatitis viral A: esta enfermedad ingresa por vía oral a través de productos contaminados con heces como agua sin hervir, vegetales mal lavados, etc. Se incuban 15 a 50 días (promedio de 30 días) luego de lo cual presenta un cuadro similar al resfriado con fiebre, dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal, decaimiento o desgano, dolores musculares y a veces con diarreas. A continuación se presenta crecimiento y alteraciones en el hígado, orina de color oscuro que tiñe la ropa, e ictericia (coloración amarillenta de la piel, ojos, etc.). En algunos casos puede ocurrir una hepatitis fulminante con compromiso del sistema nervioso, sangrado digestivo y hasta la muerte. El período de contagio va desde 2 a 3 semanas antes que empiece la ictericia, hasta una semana luego de su aparición. Se asume que la inmunidad persiste de por vida. Se ha observado que en menores de 5 años la mayoría de infecciones por hepatitis A no presentan síntomas (40 a 70%) a diferencia de los niños mayores, adolescentes y adultos donde se presentan síntomas en la mayoría de casos. El diagnóstico necesita de exámenes de laboratorio. Existe una vacuna combinada de hepatitis A con hepatitis B para uso en niños y adultos, muy efectiva para prevenir ambas enfermedades luego de la tercera dosis. La vacuna hepatitis A sola está indicada para utilizarse a partir del primer año de vida en dos dosis.

Vacuna contra varicela: a través de las gotitas de saliva o por contacto directo con las lesiones de la piel se produce la infección que da lugar a la varicela, que se considera una enfermedad benigna, pero que puede presentar complicaciones graves y hasta la muerte. El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas. El período de contagio es desde 2 días antes de aparecer la erupción hasta que aparece la última vesícula, cuando todas las lesiones están en costra ya no hay contagio. Al inicio uno a dos días antes de las lesiones de piel se presenta como un cuadro de resfriado común con fiebre, malestar generalizado, dolor de cabeza, pérdida de apetito o vómitos, luego de lo cual aparecen lesiones tipo vesículas (ampollas) llenas de líquido que se encuentran primero en el tronco, la cara, el cuero cabelludo, extendiéndose después por todo el cuerpo incluyendo mucosas de la boca y genitales. Estas vesículas ocasionan gran picazón y luego de unos días se transforman en costras. Las complicaciones de la varicela son las infecciones de piel, neumonías, e infecciones del sistema nervioso central. Las mujeres embarazadas que en el primer trimestre de embarazo se infectan con este virus pueden tener hijos con **varicela congénita** que se caracteriza por cicatrices en la piel, alteraciones en el desarrollo de las extremidades, problemas oculares como cataratas, hidrocefalia y otras anomalías. La vacuna está indicada en niños a partir de los 12 meses de edad, adolescentes y adultos. Si ya se tuvo la enfermedad no se vacuna pues la inmunidad es de por vida.

Vacuna contra papiloma virus humano: este virus es responsable del cáncer de cuello uterino, que es el segundo más frecuente entre las mujeres a nivel mundial. Un 75% de



mujeres hará esta infección en algún momento de su vida. Además, produce cáncer genital y anal en varones. Se transmite mediante las relaciones sexuales, aun cuando sea solo simple contacto genital. Hombres y mujeres pueden ser portadores del virus sin presentar síntomas. Es ideal vacunar antes del comienzo de las relaciones sexuales, está indicada en mujeres a partir de los 9 años hasta los 13 de edad; sin embargo, actualmente está en investigación el poder utilizarlo en varones y mujeres de mayor edad, incluso en las que ya han tenido actividad sexual. Existen dos tipos de vacunas, la que utiliza el MINSA es la bivalente (cubre contra dos tipos de virus que frecuentemente causan cáncer), se recomienda tres dosis (0, 1 y 6 meses) y se está aplicando a las adolescentes de 10 años en forma gratuita actualmente.

Vacuna contra meningococo: la bacteria causante es la *Neisseria meningitidis* que se transmite por las gotas de saliva, puede empezar con un dolor de garganta, seguida de fiebre hasta llegar a provocar una infección generalizada (septicemia), neumonías, meningitis, colecciones de pus en el cerebro, inflamación de los tejidos del corazón, shock y muerte. Hay una forma fulminante asociada a lesiones de piel sangrantes. Las meningitis por esta bacteria raramente dejan secuelas neurológicas, siendo la sordera la secuela más frecuente.

En general, todas las vacunas deben retrasarse si el niño tiene una enfermedad aguda, moderada o severa con o sin fiebre, hasta que esté sano. Las infecciones menores (como infecciones de vías aéreas superiores, diarrea) con o sin fiebre no son motivo para retrasar las vacunas. Cuando se interrumpe el esquema de vacunación debe completarse con las dosis faltantes, sin interesar el tiempo transcurrido desde la última dosis, es decir, no hay necesidad de reiniciar otra vez las vacunas que ya se aplicaron antes. Por ejemplo la pentavalente, la polio oral e inactivada y la triple viral pueden completarse hasta antes de los 5 años de edad.

Prevención de infecciones transmisibles en la escuela

Como acabamos de revisar, algunas infecciones se pueden prevenir con vacunas, pero, hay que tener en cuenta ciertas pautas de cuidado e higiene que minimicen el riesgo de enfermarnos. Por ejemplo:

- Al estornudar o toser cubrirnos con un pañuelo o el brazo, la nariz y la boca para evitar la diseminación de bacterias y virus;
- Jamás escupir en el suelo;
- En lugares donde hay muchas personas reunidas o enfermos debe asegurarse una buena ventilación;
- Consumir agua, bebidas y alimentos debidamente preparados: hervidos, cocinados, etc. Los utensilios de cocina y consumo deben estar limpios;
- Lavarse siempre las manos antes de comer, al salir de los servicios higiénicos y antes de preparar y manipular los alimentos;
- Si se presenta fiebre y hay antecedente de contacto de alguna enfermedad contagiosa debe guardarse reposo y aislamiento para evitar la diseminación;
- Las heridas deben ser lavadas con abundante agua y jabón, evitar el uso de sustancias irritantes como alcohol o yodo o productos caseros como aceite, etc.;



- Si debemos usar objetos punzantes o cortantes como agujas, tijeras, navajas, cortaúñas, etc. Deben estar previamente desinfectados;
- Promover la práctica de sexo seguro para evitar contagiarse de enfermedades como hepatitis viral B y SIDA;
- Al ingresar a estudiar al colegio, debe solicitarse a los niños su carné de vacunación;
- Favorecer la presencia de personal de salud para campañas de vacunación y charlas de sensibilización sobre enfermedades infectocontagiosas.

Autoevaluación

- ¿Es necesario educar a los alumnos sobre la importancia de las inmunizaciones?
- ¿Han evitado las vacunas la ocurrencia de enfermedades infecciosas que amenazan la vida? Cite ejemplos
- ¿Se puede evitar la posibilidad de aparición de enfermedades infecciosas en la escuela?
- ¿Considera que las inmunizaciones forman parte de la promoción de la salud?

Bibliografía

1. Buñuel- Álvarez JC, García-Vera C, González Rodríguez P y col. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria en países desarrollados?
2. Revisión sistemática. Revista Pediatría de Atención Primaria • Vol. XII. Supl. 18. Marzo 2010.
3. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:(Supl 18): s9-s72.



ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

ACTIVIDAD REGULAR: (Vacunación del niño menor de 5 años)

GRUPO OBJETIVO	EDAD	VACUNA
Niños menores de un año	Recién nacido	BCG (*)
	Recién nacido	HVB monodosis (*)
	2 meses	1ra dosis Pentavalente + 1ra dosis APO (**) + 1ra dosis Vac. contra rotavirus + 1ra dosis Antineumocócica
	4 meses	2da dosis Pentavalente + 2da dosis APO (**) + 2da dosis Vac. contra rotavirus + 2da dosis Antineumocócica
	6 meses	3ra dosis Pentavalente + 3ra dosis APO (**)
Niños desde los 7 meses a 23 meses, 29 días.	A partir de los 7 meses	1ra dosis Influenza
	Al mes de la primera dosis de influenza	2da dosis Influenza
Niños de 1 año	12 meses	1ra dosis SPR + 3ra dosis Antineumocócica
Niños de 15 meses	15 meses de edad	Una dosis de Vac. Antiamarílica
Niños de 18 meses	18 meses de edad (***)	Primer refuerzo de vacuna DPT
Niños de 2 años	24 meses hasta 35 meses y 29 días	Una dosis Influenza + Una dosis de Antineumocócica (****)
Niños de 3 años	36 meses hasta 47 meses y 29 días	Una dosis Influenza (****) + Una dosis de Antineumocócica
Niños de 4 años	4 años	Segundo refuerzo DPT + Primer Refuerzo SPR + Una dosis influenza (****) + Una dosis de Antineumocócica (****)



2.5. Tiempo libre. Recreación

Objetivos

- Orientar a los niños a participar en actividades recreativas físicas, artísticas, y en juegos de mesa;
- Considerar las actividades recreativas en un marco socioeducativo, donde se les enseñe a interactuar pacíficamente enfatizando la amistad, la solidaridad, el respeto, y combatiendo la exclusión;
- Utilizar lo lúdico y recreativo como herramientas de enseñanza;
- Fomentar el liderazgo en la creación de talleres de tiempo libre, de utilidad en la época de vacaciones.

Los niños, además de ir al colegio, realizan una serie de actividades que no son elegidas por ellos. Esto les quita tiempo para jugar y ejercitar la imaginación, que es una forma de crecimiento en lo espiritual, físico y social.

La recreación es un fenómeno cultural vinculado al desarrollo social y a los cambios en el conocimiento educativo. Estos avances se han logrado generando conocimiento a través de la investigación, y compartiendo el conocimiento a través de la educación.

La recreación induce a estímulos placenteros del intelecto, a la canalización de los estados de ocio y a la utilización provechosa del tiempo libre. Adecuadamente utilizado beneficia la calidad de vida, la salud, creatividad, espiritualidad, culto de valores y los principios que privilegian la vida, la paz y la convivencia.

La participación escolar en programas de recreación debe tener como mira el goce de una vida plena de actividades, con fortalecimiento de valores, y formación de hábitos que tiendan a conseguir ciudadanos saludables, equilibrados, respetuosos, cumplidores de sus responsabilidades cívicas y capaces de convivir pacíficamente.

Se han establecido toda una gama de actividades recreativas como los juegos de salón, juegos al aire libre, deportes de montaña, de playa, campamentos educativos, visitas a museos, horas de lectura, y viajes de estudio; todo ello dependiendo su aplicación de la edad del estudiante y del compromiso de los padres.

El tiempo libre constituye una condición obligatoria en la reproducción espiritual de la personalidad. El estudiante puede trabajar y descansar al finalizar sus tareas, pero si no dispone de libertad para aprovechar el tiempo libre y organizarlo racionalmente, estará diluyendo la opción de sacarle provecho a sus gustos e intereses, y a conocerse mejor y madurar social y emocionalmente, sobre todo entre los 12 y 15 años.

Las ludotecas o bibliotecas de juguetes son una respuesta a la necesidad cada vez mayor de rescatar la oportunidad y el derecho a jugar. Es un espacio de educación en el tiempo libre, y debe ser incluido en los programas educativos y sociales. La ludoteca adquiere en la modernidad un protagonismo especial porque hace que los niños tengan la posibilidad de experimentar innovaciones, de ensayarse en lo social y creativo, en un mundo donde parece que los niños nacen teniéndolo todo.

¿Qué hacer con el tiempo libre en época de vacaciones?

Para los más pequeños es fácil ubicarlos en alguna actividad acorde con su edad, las ofertas menudean, pero ¿y los adolescentes?, ellos son más exigentes, activos y difíciles de contentar. Se genera una preocupación para los padres ¿qué harán los niños, niñas y adolescentes durante ese tiempo? ¿Qué actividades se ofrecen para que los chicos puedan aprovechar positivamente las vacaciones?

El adolescente es un explorador, acepta todos los retos, en su interior cree que no le puede ocurrir ningún problema. El se basta para solucionarlo ¿y los amigos que fuman, consumen licor o han probado alguna droga ilegal? Es evidente que el país carece de una variedad de alternativas sobre cómo utilizar el tiempo libre, carece de alternativas de recreación y entretenimiento sanos. Esto puede generar actitudes y conductas negativas. Si la juventud no posee opciones que le permitan poner en práctica sus potencialidades y el dinamismo que tiene, existe mayor probabilidad de convertirse en una población de riesgo que puede ser afectada por cualquier problema, como es el caso del uso de drogas, que genera conductas agresivas y violencia.

Cuando hablamos de tiempo libre, nos referiremos a esa parte del tiempo fuera de los estudios y del trabajo, destinada al desarrollo físico e intelectual del ser humano. El tiempo libre es aquel que se dedica al descanso, la recreación, la compensación y al desarrollo de la creatividad.

Por lo tanto, es necesario implementar programas educativos que estimulen su uso adecuado.

Nuestra experiencia de trabajo con adolescentes, pone de manifiesto que el joven no sabe cómo utilizar el tiempo libre, lo consume viendo televisión o en juegos de vídeo, que reducen la posibilidad de desarrollar otras áreas como el deporte, la música, el arte, la lectura; y también limitan su participación en grupos de teatro, bailes, folclore, asistencia social. Estas otras actividades grupales les permiten interactuar e identificarse con otros jóvenes de su edad, tanto que lo que dice el grupo pesa en muchas ocasiones, igual o más de lo que dicen los/as maestros en la escuela o los padres en el hogar.

Hay que realizar talleres sobre tiempo libre, organización del tiempo y cómo utilizarlo de mejor manera. Sin embargo, hay que desarrollarlos al "estilo del adolescente", y quién mejor que otro joven para que lo haga. He allí la importancia de la creación de grupos de prevención escolares, barriales, o comunitarios, donde los adolescentes se capaciten y puedan en algún momento de su vida responder adecuadamente a presiones sociales y proyectarse positivamente a otros adolescentes del medio donde se desenvuelven. Todo esto podría ser posible, si le podemos ofrecer al adolescente alternativas atractivas e interesantes, basados en el conocimiento de la realidad del joven, esa que solo conoceremos si propiciamos oportunidades donde se interactúe con el adolescente, con el objetivo de conocer sus opiniones e ideas.

El éxito de las campañas para los adolescentes sobre alternativas del uso adecuado del tiempo depende de la capacidad que tengamos para captar su atención. Creemos que el adolescente aprenderá a organizar y explotar su tiempo libre de mejor manera, en función de la orientación que brinden las personas e instituciones responsables de velar por el desarrollo integral de la juventud.



La utilización adecuada del tiempo libre es una acción concreta de prevención integral que reducirá al máximo la probabilidad de que el adolescente pueda ser afectado por problemas como embarazo precoz, delincuencia, deserción escolar, violencia y uso indebido de drogas. Ojalá que toda la sociedad se involucre en la búsqueda de alternativas positivas para los adolescentes. Es nuestro compromiso

Autoevaluación

- ¿Cómo definiría usted el tiempo libre?
- ¿De qué manera trabajaría el tiempo libre con sus alumnos?
- ¿Cree usted que el manejo adecuado del tiempo libre evita conductas de riesgo con niños y adolescentes? ¿Cómo?
- ¿Haría usted conocer a los padres de sus alumnos la importancia del manejo adecuado del tiempo libre? ¿Por qué?

Bibliografía

1. Ziperovich PC, Cahlita R. La Recreación, un espacio Múltiple e Integrador para educar en, desde y más allá de la escuela Licere, Belo Horizonte, v.12, n.1, abr./2009.
2. Strasburger VC. Estrategias para hacer que los adolescentes digan no al sexo, las drogas y la violencia en el nuevo milenio. Clin Med Norte Amer 2000;4:775-798.
3. Proyecto de estudio. Encuesta sobre hábitos lectores de la población escolar entre 15-16 años. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. España, 2001 <http://www.mec.es/cide>.
4. Instituto Interamericano del Niño. Como prevenir el uso indebido de alcohol y drogas.
5. Moraga F, Contreras M. Los niños e Internet. La visión pediátrica de la “nueva generación” digital. Rev Chil Pediatr 76 (2); 159-165, 2005.

2.6. Accidentes

Objetivos

- Identificar los accidentes más frecuentes;
- Capacitar a los docentes en primeros auxilios;
- Prevenir la ocurrencia de accidentes;
- Conocer cómo manejar situaciones de emergencia en la escuela.

Importancia

Los accidentes representan un problema de salud pública en los niños y adolescentes, pudiendo ser causa importante de muerte o invalidez en estas edades. Se sabe que muchos de estos accidentes podrían ser evitados si se tomaran las medidas preventivas oportunas. En la escuela, donde pasan varias horas del día y realizan diversas actividades, ocurren hasta un 15% de los accidentes y esto se debe muchas veces a la conducta desordenada de los mismos alumnos que practican juegos bruscos, corren, saltan o no prestan atención a las indicaciones que se les da. Por ello es necesario no solo aplicar medidas preventivas para evitar accidentes en el colegio sino también conocer cómo manejar situaciones derivadas de estos.

Definición y tipo de accidentes más frecuentes

La OMS define accidente a un suceso generalmente prevenible, que provoca o tiene el potencial de provocar una lesión.

Podemos añadir que estos eventos indeseados pueden dar lugar, además, a enfermedad, discapacidad o muerte y que al ser previsible son evitables. Entre los factores que pueden favorecer que ocurran accidentes en niños y adolescentes encontramos: el desconocer el peligro, la curiosidad, la impulsividad, el deseo de autonomía y la gran actividad física desplegada.

Se sabe que los accidentes ocurren 2,5 veces con más frecuencia en los niños que en las niñas; e incluso varían según la edad. En niños menores de 1 año los más frecuentes son las quemaduras y atragantamientos, mientras en los mayores de 1 año son más frecuentes los traumatismos y las intoxicaciones. Así mismo, es conocido que las áreas de escuela donde más frecuentemente ocurren los accidentes son las áreas de juego o deporte, observándose que en 70% de casos están relacionados a una caída y 10% a golpes.

El Seguro Integral de Salud (SIS), que atendía hasta hace poco en su mayoría a estudiantes del sector público, no lleva un registro diferenciado de sus pacientes; mientras que en el sector privado, la empresa aseguradora Rímac estima que el 8% del millón y medio de estos alumnos sufre lesiones durante el año escolar. En este sector privado, la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG) señala que el seguro escolar de accidentes (curación, invalidez y fallecimiento) es operado por Rímac, Pacífico y MAPFRE, mientras que Pacífico Vida, In Vita e Interseguro se ocupan de la pensión garantizada. (El Comercio, 25 de octubre de 2009)



Edad preescolar

La Convención de las Naciones Unidas para los derechos de la Infancia subraya la responsabilidad social de proteger a los niños y promover los servicios y ayuda necesarios para ellos. Esto incluye las lesiones por accidente, que son causa principal de muerte e incapacidad en la infancia. Los niños en edad preescolar (hasta los seis años) son los miembros más vulnerables de la sociedad. En esta etapa hay diferencias sustanciales en relación al desarrollo psicomotor del niño.

Antes de los seis años es importante enseñar las normas básicas de seguridad vial y la manera de cruzar la calle de forma segura. «Los accidentes de tráfico son otro grupo de accidentes infantiles y desde la atención primaria se incide en la prevención con la utilización de los dispositivos de seguridad de los coches, dando consejos sobre seguridad vial»,

El servicio de transporte escolar consiste en el traslado en vehículos motorizados del domicilio a la escuela y viceversa. Si no hay suficiente cantidad de asientos o estos se encuentran en mal estado, ante una frenada o movimiento brusco se corre el riesgo de sufrir golpes o cortaduras.

Los recreos son uno de los momentos de mayor riesgo para los chicos y de tensión para los docentes ya que muchas veces las escuelas no cumplen con las exigencias físicas necesarias y descuidan la vigilancia y cuidado de los alumnos. Un patio en mal estado, resbaladizo, con baldosas levantadas, portador de columnas o canteras puede contribuir a la generación de accidentes. Los recreos compartidos por chicos de edades diferentes, el juego con pelota y las peleas, así como los juegos violentos también pueden motivar accidentes.

Escolares

Esta es una edad en la que los estudiantes son más independientes, priman accidentes con bicicletas, en skates, en piscinas, o atropellos, que causan lesiones de gravedad suficiente para necesitar asistencia médica (rodillas magulladas, fracturas en las manos, o golpes en la cabeza). Este es el panorama que más de algún padre debe vivir al menos una vez durante el año escolar; y es que pese a que las estadísticas de accidentes escolares se reducen cada año, estas continúan siendo parte importante de la vida colegial.

Uno de los aspectos que ha cobrado importancia en el área preventiva es el “simulacro de evacuación escolar en caso de sismos”. Este proceso, ha sido el cambio de enfoque de ver a la tradicional operación no solo como un procedimiento de evacuación ante emergencias, sino como plan de acción integral para prevenir y actuar frente a los distintos riesgos que pueden existir en cualquier colegio desde su infraestructura y equipamiento hasta los procedimientos que deben realizar los escolares y los adultos a su cargo.

El jefe del Departamento de Prevención e Investigación de Accidentes de la Policía Nacional ha planteado la implementación en las escuelas de la enseñanza de las normas de tránsito, para disminuir futuros accidentes. Dentro del calendario escolar debe insertarse el tema para enseñar, concientizar y consolidar el conocimiento y respeto a las normas de tránsito.



Es recomendable tener a mano un listado de teléfonos de los centros de salud, hospitales, compañía de bomberos, policía o compañías de seguro en caso de emergencia, además de los números de teléfono de los familiares de cada alumno.

Así mismo, se debe contar con un botiquín en un lugar seguro y accesible, que contenga los implementos e insumos mínimos: gasas estériles, guantes, alcohol, agua oxigenada, tijeras limpias, algodón, esparadrapos, crema para las quemaduras, vendas, etc.

Tipos de accidentes

1. Caídas: son la principal causa de accidentes. Se pueden clasificar en:

- *Caídas al mismo nivel:* producidas generalmente por mal estado de los suelos (brillantes o mojados), presencia de obstáculos o una incorrecta disposición del mobiliario. Son más frecuentes en los patios de juego y en algunos espacios interiores como el gimnasio, pasillos o aseos;
- *Caídas a distinto nivel:* por mal estado de las escaleras o presencia de obstáculos. También como consecuencia de la actividad deportiva, o por mal uso de los aparatos de juego.

Cómo prevenirlos

- Evitar obstáculos en los lugares de paso habitual;
- Evitar fregar los suelos durante la jornada escolar o dejarlo con material resbaloso como cera sin letreros de aviso;
- Subsanan las deficiencias detectadas en las instalaciones escolares, que puedan dar lugar a caídas.

2. Golpes: de acuerdo a la zona afectada tenemos:

Golpes en la cabeza: es necesario verificar si ha ocurrido pérdida del conocimiento luego del golpe o se han presentado náuseas, vómitos, sangrado o alteraciones de comportamiento (confusión, hablar incoherencias, desorientación: no recuerda o no reconoce). En ese caso debe ser trasladado de inmediato a un centro de salud cercano porque hay posibilidad de daño en el cerebro. Si el golpe fue muy fuerte, se recomienda movilizar lo mínimo al accidentado, pues puede haber daño en el cuello y debe ser trasladado usando collarín y por personal entrenado, en caso contrario colocarlo en una superficie plana y dura para el traslado, cuidando movilizar mínimamente el cuello o la cabeza.

Cuando el golpe es leve o no hay pérdida de conocimiento se denomina contusión y se recomienda aplicar hielo o compresas frías, además de observar por 72 horas al accidentado e informar a los padres lo sucedido.

Golpes en las extremidades: si hay deformidad, imposibilidad de movimiento o un fuerte dolor, llevarlo al centro de salud más cercano con previa inmovilización de la extremidad.

Golpes en el abdomen: trasladar al niño al centro de salud más cercano. Que vaya recostado boca arriba con las piernas flexionadas.



Golpes en el tórax: si presenta dificultad para respirar trasládele al centro de salud más cercano. Recostarlo sobre el lado lesionado, con la cabeza y los hombros más altos. Si el dolor es intenso el traslado se hará sentado y lo más cómodo posible.

Golpes en la boca: limpie la boca con una gasa impregnada en agua o en suero fisiológico. Si se ha roto un diente, conserve el trozo con la saliva si se ha salido todo el diente, intente meterlo en el hueco que ha dejado, tocándolo poco y siempre por la zona que no encaja en la encía, si no puede colocarlo proceda como si se hubiera roto. En ambos casos acudir inmediatamente al dentista.

Golpes en la espalda:– Si el golpe es leve vigilar si hay dolor. Si el golpe es de cierta importancia valorar la movilidad pidiéndole que mueva los pies, así como la sensibilidad de los miembros inferiores.

3. Heridas: una herida es la pérdida de continuidad de la piel o mucosas con rotura de tejidos, produciéndose una comunicación con el exterior, lo que posibilita la entrada de gérmenes (infección).

La gravedad de la herida dependerá de la extensión, profundidad y tejidos afectados.

Tipos de heridas:

- Pequeñas heridas sin separación de bordes;
- Heridas con separación de bordes;
- Heridas complicadas:
 - Con cuerpos extraños;
 - Extensas o infectadas;
 - Por mordedura humana;
 - Por mordedura de animales domésticos o salvajes.

Qué hacer

- Si hubiera hemorragia, controle el sangrado haciendo presión;
- Antes de curar lávese bien las manos con agua y jabón;
- Póngase guantes;
- Lave la herida con abundante agua y jabón o con suero fisiológico a chorro para arrastrar la suciedad;
- En una gasa estéril si tuviera a mano, colocar un desinfectante yodado y aplíquelo sobre la herida de dentro hacia fuera.

En función de la gravedad de la herida:

- Poco importante: antiséptico y cubrir con una gasa;
- Herida importante: cubrir con una gasa y acudir a un centro de salud;
- Herida punzante: acudir rápidamente a un centro de salud;
- Si sangra mucho: comprimir con gasa estéril y trasladar al centro de salud.



Qué no hacer

- Utilizar algodón o alcohol;
- Aplicar polvos, ungüentos, pomadas o remedios caseros;
- Extraer un objeto grande clavado en la herida, ya que puede estar haciendo tapón e impedir que sangre.

4. Quemaduras: son lesiones producidas por efecto del calor en cualquiera de sus formas (sol, llama, líquido hirviendo, sólidos calientes, gases, electricidad, vapores, etc.). Es importante destacar que además de una lesión local (enrojecimiento, ampolla o escara), dependiendo de la causa, la extensión, la localización y profundidad de la quemadura, se pueden producir graves trastornos orgánicos y causar hasta la muerte.

Qué hacer

- Lávese bien las manos con agua y jabón antes de tocar la zona afectada;
- Póngase guantes;
- Tranquilice al accidentado;
- lave inmediatamente la superficie quemada en un chorro de agua fría durante 5 minutos;
- Secar suavemente con una gasa estéril sin restregar;
- Proteger la quemadura con una gasa empapada en suero salino para prevenir infecciones;
- Trasladar pronto a un centro de salud.

Qué no hacer

- Despegar la ropa adherida;
- Aplicar ungüentos, pomadas, polvos, cremas remedios caseros (pasta de dientes, papas, cebollas, aceite, etc.);
- Romper las ampollas;
- Usar algodón o esparadrapo;
- Dar de beber.

En caso de insolación (golpe de calor)

- Desnudar y aplicar compresas de agua fría en la cabeza;
- Dar de beber agua fresca (no helada);
- Llevar al hospital más cercano.

En caso de electrocución

Esta es una emergencia pues, aparte de la quemadura, que puede ser de mayor o menor gravedad, puede provocar la alteración del ritmo cardiaco e incluso paro.

Se debe desconectar inmediatamente la energía eléctrica. Si no es posible desconectarla, se debe apartar a la persona accidentada de la fuente de electricidad utilizando un objeto aislante como un palo o pedazo de madera, una toalla seca, etc. y trasladarlo con urgencia al hospital. Si no respira o no tiene pulso, solicitar inmediatamente una ambulancia, iniciar reanimación cardiovascular y trasladarlo al centro de salud más cercano



5. Hemorragias: es la salida de sangre por la rotura más o menos extensa de uno o más vasos sanguíneos. La gravedad de la hemorragia dependerá de la cantidad de sangre que se pierda, la velocidad con que sangre, la edad, y el estado físico de la persona afectada.

Qué hacer

- Mantener la calma;
- Procurar que la persona herida no haga movimientos bruscos que agravarían la hemorragia. Recostarlo y tranquilizarlo;
- Utilizar guantes;
- Cubrir la herida con una gasa o paño limpio y comprimirla firmemente con la mano. Si la herida está en una extremidad, simultáneamente, elevarla por encima del corazón;
- Trasladar a la persona herida al centro de salud más cercano e informar a los familiares de lo sucedido.

Hemorragia por la nariz

- Tranquilice al accidentado y pedirle que se siente;
- Si se sospecha rotura nasal, no tocar la nariz y acudir urgentemente al centro de salud más cercano. Informar a los padres de lo sucedido;
- Si no existe fractura comprimiremos de forma manual la nariz de 5 a 10 minutos, inclinando la cabeza ligeramente hacia delante con lo que evitaremos que trague sangre, si el sangrado continúa introducir una gasa empapada en agua oxigenada o suero fisiológico en la fosa que sangra hasta que deje de sangrar, cuidando que la gasa sea fácil de sacar y se logre visualizar. Si a pesar de todo sigue sangrando acudir urgentemente al centro de salud más cercano e informar a los padres de lo sucedido;
- No echar nunca hacia atrás la cabeza, pues no sirve para detener la hemorragia y la sangre pasa al estómago.

Hemorragia por el oído

- Tranquilizarle:
- Tapar el oído con una gasa estéril o un paño limpio y acudir siempre a un centro de urgencias:
- Informar a los progenitores de lo sucedido.

Otras hemorragias

- Digestivas (vómitos de sangre, sangrado por el ano);
- Ginecológicas;
- Urológicas (sangre en la orina);
- Respiratorias (sangrado con la tos).

Todos estos casos deberán ser considerados como EMERGENCIA, por lo que se debe trasladar al afectado a un centro de salud sin realizar ningún tratamiento en el colegio, debe observarse y evitar que aspire o trague sangre. Avisar a los familiares.

6. Mordeduras y picaduras: este tipo de accidente suele ocurrir en espacios al aire libre y es más frecuente cuando se realizan salidas al campo, sobre todo en la primavera y en el verano. En la mayoría de los casos no tienen ninguna trascendencia salvo la



posibilidad de reacción alérgica al veneno o de picaduras múltiples. Las picaduras más habituales son de abejas, avispas y mosquitos. Los síntomas más frecuentes son: dolor localizado, enrojecimiento, hinchazón y picor.

Cómo evitarlas

- Enseñar a respetar a los animales y no provocarlos;
- Enseñar que en lugares soleados o calurosos no levanten piedras ni introduzcan la mano en agujeros oscuros;
- Usar repelentes;
- Llevar calzado adecuado;
- Tapar los alimentos para que no atraer insectos.

Qué hacer

En caso de picaduras

- Aplicar agua fría, hielo (siempre envuelto en gasas, no directamente sobre la piel) o amoníaco;
- Es preferible no usar pomadas antialérgicas por el riesgo de sensibilización;
- Nunca apretar, rascar o frotar la picadura para que salga el aguijón;
- Se informará a los progenitores al final de la jornada;
- Se le trasladará urgentemente al centro de salud más cercano cuando:
 - Exista enrojecimiento generalizado de la piel;
 - Dificultad y/o aparición de silbidos al respirar;
 - Sensación de opresión en la garganta;
 - Historia de reacciones alérgicas a picaduras de insectos;
 - Picaduras múltiples;
 - Picaduras en cara, cuello o genitales.

En caso de mordeduras por animales doméstico o salvajes

- Lavar la herida con agua y jabón y aplicar desinfectantes;
- Dejarla al aire y acudir a un centro de urgencias;
- Asegurarse de que la persona accidentada está vacunada contra el tétanos.

7. Asfixia por cuerpos extraños o atragantamiento: este tipo de accidentes es más frecuente en niños al atragantarse con un alimento. Es muy importante actuar con rapidez, de ello depende la vida de la persona afectada.

La obstrucción puede ser:

- **Incompleta:** existe paso de aire aunque en cantidad mucho menor (tose con fuerza, habla y puede respirar);
- **Completa:** existe impedimento total al paso del aire. El peligro es inminente. Se trata de un caso de vida o muerte.



Cómo evitarlos

- Acostumbrarles a masticar bien;
- Evitar que corran, griten, canten o jueguen mientras comen y no les fuerce a comer cuando están llorando o vomitando.

Qué hacer

Cuando se produce una obstrucción de las vías respiratorias por un cuerpo extraño (comida, trozos de goma de borrar, bolitas de plastilina, etc.) y aparecen síntomas de asfixia, pero puede toser, hablar o respirar, las medidas a tomar son:

- Estimularle para que tosa y así expulsar el cuerpo extraño. Es el mecanismo más eficaz. Si lo anterior no funcionara o mostrara dificultad respiratoria, signos de cianosis (labios azulados), o pérdida del conocimiento se procederá de la siguiente forma:
- Iniciar maniobras para expulsar el cuerpo extraño:
 - Si se trata de un niño pequeño: póngalo sobre su antebrazo, con la cabeza inclinada hacia abajo y darle cinco golpes con el talón de la mano en el centro de la espalda. Después, darle la vuelta y aplicar otros cinco golpes en el centro del esternón.
 - la mano cerrada haciendo un puño, justo por encima del ombligo y coloque la otra mano encima; realice varias presiones rápidas y vigorosas, hacia arriba y hacia dentro. Esta maniobra es llamada compresión abdominal, “abrazo de oso” o maniobra de “Heimlich”.

Qué no hacer

- Nunca darle golpes ni intentar sacar el objeto con los dedos. En ambos casos puede introducirse más.

8. Accidentes de tráfico: pueden producirse en torno al centro escolar. El papel de la escuela en la prevención de este tipo de accidentes debe ser el de realizar actividades de educación vial y la estrecha vigilancia de los niños más pequeños. Debe explicárseles, por ejemplo, que no crucen las calles corriendo o jugando, que observen siempre el semáforo antes de cruzar, que no traten de ganar a los vehículos en marcha, no bajar ni subir de los vehículos cuando aún no se han detenido, además de indicarles el uso del cinturón de seguridad cuando viajan en movilidad escolar, así como usar casco si manejan motocicletas o bicicletas.

Seguro escolar

En los colegios estatales el Estado ofrece un seguro denominado AUS (Aseguramiento Universal de Salud) - antes llamado Seguro Integral de Salud (SIS)- que brinda atención sin costo alguno en situaciones de emergencia.

En los centros educativos privados se puede tener opción a dos tipos de seguro, uno brinda protección contra accidentes y el otro asegura el pago de las pensiones estudiantiles en caso de que fallezcan los progenitores.

Es bueno recordar que por Ley de Emergencia cualquier persona sea o no asegurada tiene derecho a ser atendido en el centro de atención de salud más cercano.

En general, mantener la calma y apoyar en los primeros momentos hasta que traslademos al accidentado o le brindemos los primeros auxilios, son elementos importantes que todo docente debe conocer para afrontar con propiedad y soltura estos accidentes.

Autoevaluación

- ¿Cuál es la edad escolar en la que se observan con más frecuencia accidentes?
- ¿Qué actividades escolares están más ligadas a accidentes?
- ¿Cuáles son los conocimientos mínimos sobre accidentes que debe tener un docente?
- ¿Cuáles son los accidentes en los que le ha tocado participar en la escuela?
- ¿Qué conducta básica de primeros auxilios debe observar?
- Considera importante educar a los alumnos en la prevención de accidentes?
- ¿Por qué?
- ¿Cree que es necesario entrenar al alumnado en el “simulacro de evacuación escolar en caso de sismos”? ¿A qué se debe el interés suscitado?

Bibliografía

1. Estrada Ballesteros C, Esteban Escobar C, García Rubio P, Lorente Castro B. Guía para la prevención de accidentes en centros escolares. Comunidad de Madrid.
2. Iñón A. Manual de prevención de accidentes. Sociedad Argentina de Pediatría, 2001.
3. Cerda S. Manual de prevención de accidentes. Clínica Alemana.
4. Machado K. Salud de escolares y adolescentes Uruguay, 2007.
5. Jeannette Avila, Luis Honorio, Cecilia Chira, Helga Samatelo, Carlos Urbano. Intoxicación aguda por inhalación de acrilato de etilo. Lima 2002. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2005;22(4):267-27.



Salud psicosocial

CAPÍTULO III

- 3.1 Promoción de la salud: estilos de vida saludables.
- 3.2 Habilidades sociales para la vida.
- 3.3 Convivencia.
- 3.4 Problemas en el aula: impulsividad, ira, déficit de atención, hiperactividad.
- 3.5 Resiliencia en la niñez y adolescencia.
- 3.6 Desarrollo psicológico.
- 3.7 Conducta de riesgo.
- 3.8 Violencia sexual. Acoso.

Dr. Enrique Miranda, Dra. Marcela Rosas





3.1. Promoción de la salud en el ámbito escolar: estilos de vida

Objetivos

- Incorporar a la vida escolar las recomendaciones de las instituciones nacionales e internacionales encargadas de velar por la salud infantil y adolescente;
- Articular la escuela con las dependencias del Ministerio de Salud;
- Inculcar a los educandos hábitos de vida saludables;
- Enseñar a los alumnos el significado de promoción de la salud;
- Utilizar la escuela de padres para hacerles llegar conocimientos sobre estilos de vida, cuidado de la ecología y promoción de la salud.

La OPS ha dividido en tres áreas de acción la promoción de la salud: la educación para la salud, los ambientes saludables, y los servicios de salud y alimentación. Para lograr los objetivos trazados para cada una de estas áreas se han definido las siguientes estrategias de acción: desarrollar políticas conjuntas para los sectores educativo y de salud; crear mecanismos de coordinación intersectorial, incluida la organización de comisiones mixtas para la elaboración de análisis, planes de trabajo y evaluación de actividades; e implementar programas que incluyan el diagnóstico de necesidades, formulación de planes de acción, diseño curricular, capacitación de maestros y producción de materiales educativos, así como la creación de actividades en las escuelas y la comunidad que faciliten la promoción de la salud.

Dentro de esta estrategia, el concepto de salud escolar va más allá de la instrucción sanitaria y de los servicios de control y actualmente se ha convertido en un principio conformado por ocho elementos relacionados entre sí:

- Impartir educación integral que fortalezca la autoestima y la capacidad de los jóvenes de formar hábitos y estilos de vida saludables;
- Brindar educación en salud basada en valores positivos que sean útiles en el futuro;
- Facilitar los medios para desarrollar la salud de los escolares en ambientes que refuercen la promoción de la salud;
- Llevar a cabo actividades de promoción de la salud que involucren al personal docente y administrativo;
- Ejecutar proyectos que lleguen a las escuelas y la comunidad;
- Prestar a los estudiantes servicios de salud, alimentación y nutrición que propicien la formación de hábitos saludables;
- Organizar actividades de educación física, recreación y deportes que contribuyan al desarrollo integral de la niñez y adolescencia;
- Poner a disposición de los estudiantes servicios de asesoramiento y apoyo social

En el marco de la promoción de la salud, se ha rescatado el papel de la escuela y, dentro de ella, del maestro como agente fundamental en la promoción y fomento de la salud de



la comunidad educativa, así como la importancia que tiene la escuela en la vida cotidiana y en el desarrollo de estilos de vida saludables. Las escuelas se constituyen en centros importantes de enseñanza y aprendizaje de conductas y actitudes favorables o desfavorables para la salud y la convivencia; en ellas se imparten valores vitales fundamentales.

Se ha evidenciado que programas de salud basados en las escuelas pueden beneficiar a poblaciones muy amplias, empezando por los niños en edad escolar y sus familias. Igualmente, se ha podido demostrar el impacto positivo que para el rendimiento escolar tiene la mejoría en las condiciones de salud, y cómo la mejoría en las condiciones educativas impacta positivamente la salud de los grupos humanos.

Ha cobrado importancia el trabajo en las primeras edades de la vida para producir cambios culturales profundos, formar hábitos de vida saludables y construir las bases de una salud personal y social futuras. «En las edades preescolar y escolar los niños adquieren las bases de su comportamiento y conocimientos, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar. Las escuelas promotoras de la salud constituyen pues, el ámbito ideal para crear en los niños conciencia de la importancia de la salud física y mental, y transmitirles valores fundamentales».

También se han desarrollado nuevos conceptos sobre la educación, que hacen más evidente la importancia de la educación para la salud; se mira la educación como un proceso de apropiación de bienes culturales y sociales que permiten a los educandos enfrentar y resolver los retos de la vida cotidiana y asumir las realidades sociales y culturales que viven.

La escuela colombiana considera la estrategia a trabajar en tres ejes centrales:

1. Un eje pedagógico;
2. Un eje ambiental, entendiendo el ambiente en dos sentidos: el ambiente físico y el ambiente social y de relaciones humanas que hay en la escuela;
3. Un eje de acciones en salud y nutrición.

El eje pedagógico se constituye en el eje central de la estrategia, se propone la transversalidad y articulación con los currículos existentes del componente de educación para la salud en todo el transcurso del proceso educativo, buscando desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas, que permitan llevar una vida más saludable.

Se propone un cambio en la educación en salud normativa tradicional, que hace énfasis en la enseñanza de un conocimiento lleno de normas de comportamiento, hacia una educación formativa, en la que se priorice el fortalecimiento de valores con libertad de elegir las pautas de conductas que se consideren más apropiadas.

El eje ambiental trabaja la idea de enseñarles a nivel macro a amar y cuidar los recursos naturales llámense agua, bosques, evitar el consumismo excesivo, la contaminación, manejo de desechos y a nivel escolar utilizar ambientes físicos que promuevan la salud, los que deben contar con espacios suficientes y adecuados, limpios, higiénicos, seguros, bien ventilados e iluminados; instalaciones sanitarias apropiadas; buena señalización; mobiliario ergonómico adecuado; accesos seguros, sin barreras para personas con limitaciones; disponibilidad de zonas verdes; espacios suficientes para deporte y recreación; escuelas



libres de alcohol y cigarrillos; no contaminantes; con manejo adecuado de basuras; control adecuado de plagas; en armonía con el entorno y respetuosas de los otros seres vivos.

Igualmente, ambientes sociales donde se trabaje en paz y armonía; no se utilice el castigo físico ni ninguna forma de castigo que corte las libertades individuales; donde se respete el derecho a la libre opinión y a la participación, donde sean escuchadas las voces de todos los integrantes de la comunidad educativa, en particular de los niños; donde se enseñen habilidades para la vida y donde se haga orientación y apoyo para los estudiantes que lo necesiten.

El eje de acciones de salud se refiere a servicios centrados más en la prevención y la promoción; donde se trabaje la salud sexual y reproductiva, la prevención de las enfermedades prevalentes, del consumo de alcohol, drogas y otros psicoactivos y se promueva la salud mental y emocional; donde se haga un análisis y seguimiento de las condiciones nutricionales individuales y colectivas; se oriente a niños con necesidades especiales y a sus familias; se informe sobre derechos y deberes en salud; se promueva la afiliación a la seguridad social y el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud. La estrategia, desde su inicio, ha promovido la coordinación y el trabajo en redes, locales, regionales, nacionales e internacionales, que permitan el compartir aprendizajes y experiencias, intercambiar información, materiales y productos y facilite una comunicación horizontal entre los diferentes actores

Las intervenciones eficaces reúnen ciertas características y necesitan mantenerse en el tiempo para que puedan producir mejoras en la salud. Las intervenciones para promocionar la salud en los centros educativos son especialmente eficaces y ayudan a reducir las desigualdades en salud de la población. Sin embargo, no puede esperarse que los centros educativos solucionen todos los problemas sanitarios y sociales de forma aislada. Hay que tener en cuenta que una buena educación es uno de los factores más importantes para proteger la salud y que los sectores educativos y sanitarios deben colaborar estrechamente en la promoción de la salud de la población escolar, ya que esta población está sometida a riesgos similares al resto de la sociedad.

La inclusión de temas transversales (fundamentalmente la educación para la salud y la educación afectivo-sexual), en todas las etapas de la enseñanza obligatoria, los procesos de reforma y descentralización educativa y sanitaria han creado la suficiente experiencia para que podamos realizar, desde la corresponsabilidad y capacidad de los sectores e instituciones implicadas, propuestas de futuro integradoras y coherentes que ayuden a garantizar el mandato constitucional de proteger la salud y fomentar la educación sanitaria en la población escolar.

Todos los programas de educación/promoción de la salud, que se realizan en el ámbito escolar tienen un marco común, pues coinciden en desarrollar acciones encaminadas a la educación en valores y habilidades de vida para favorecer la educación integral de los alumnos como ciudadanos de una sociedad democrática. Es importante continuar analizando y profundizando en estos aspectos comunes.



Autoevaluación

- ¿Qué concepto tiene de promoción de la salud?
- ¿Por qué es importante la promoción de la salud en las escuelas?
- Según la OPS ¿Cuáles son las tres áreas de acción de la promoción de la salud?
- ¿Cuáles son los ejes que sugiere la escuela colombiana?
- ¿Difieren o son convergentes ambas posiciones?

Bibliografía

1. Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar. Organización Panamericana de la Salud. (Documento HPP/HPL/95.13).. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1997;2(3) 209-214.
2. Durán E. La estrategia de escuela saludable. Típica 1, N.º 1. Disponible en http://www.tipica.org/pdf/1_e_la_estrategia_de_escuela_saludable.pdf
3. OPS. Escuelas promotoras de la salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington. 1998.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo, Seminario Interinstitucional sobre Educación y Promoción de la Salud en la Escuela. España. Disponible www.msps.es › Ciudadanos.
5. Marcos J. Consideraciones sobre la salud ambiental y escuelas saludables. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(1): 124-30.
6. Oliveros M, Figueroa L, Mayorga G, Cano B, Quispe Y, Barrientos A. Violencia escolar (bullying) en colegios estatales de primaria en el Perú. Rev Peruana de Pediatría 2008;61(4):215-220.
7. Salinas J, Vio del Rio F. Promoción de la Salud en Chile. Rev Chil Nutr 2002;29 Suppl 1 octubre.
8. Garcia I. Promoción de la salud en un medio escolar. Rev Esp Salud Pública 1998: 72: 285-287.
9. Estrategias de Escuelas Saludables, Incap Guatemala. Disponible en: www.redalyc.net/PDF/sistema/incap-gu.pdf.
10. Fernandez F, Rebolledo D, Velandia A. Salud Escolar ¿Por qué el personal de enfermería en las escuelas españolas? Hacia la promoción de la salud, 2006;11:21-28.
11. Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados. Perú, 2010.



3.2. Habilidades sociales

Objetivos

- Ofrecer a los educadores instrumentos prácticos para resolver conflictos en el aula;
- Dotar a los niños de mecanismos de observación y análisis de problemas;
- Promover el desarrollo de habilidad para comunicarse favoreciendo respeto, tolerancia y asertividad.

Las habilidades para la vida son un enfoque educativo centrado en la enseñanza de destrezas que ayudan a afrontar las exigencias y desafíos de la vida diaria (OPS 2001).

Se han definido como «El conjunto de aptitudes o herramientas necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que permite enfrentar eficazmente los cambios de la vida diaria».

La **socialización** o **sociabilización** es el proceso mediante el cual los individuos pertenecientes a una sociedad o cultura aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores y formas de percibir la realidad, que los dotan de las capacidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en la interacción social con otros individuos de esta.

El proceso de socialización, es la toma de conciencia de la estructura social en la que un individuo nace, es factible gracias a los agentes sociales, que son las instituciones o personas representativas con capacidad para transmitir e imponer los elementos culturales apropiados. Los agentes sociales más representativos son la familia y la escuela. Por lo general se distingue la **socialización primaria** —aquella que ocurre en el hogar donde el infante adquiere las primeras capacidades intelectuales y sociales, y que cumple el papel más crucial en la constitución de su identidad; por otra parte está la socialización secundaria, donde las instituciones específicas como la escuela, la iglesia, y el entorno proporcionan competencias específicas, más abstractas y definibles. Sin embargo, los efectos de la **socialización secundaria** pueden ser duraderos e influyentes; a través de los mecanismos de control social estos pueden resultar internalizados tan efectivamente como los adquiridos en la infancia. La experiencia social es la base sobre la que construimos nuestra personalidad, esto es, el entramado, relativamente consistente, de las formas de pensar, sentir y actuar de una persona.

Ha cobrado importancia el conocimiento de la crianza en las implicancias futuras del desarrollo, comportamiento y educación. El desarrollo corresponde al proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el niño va adquiriendo progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas, con el objeto de alcanzar independencia y la capacidad de interactuar con el mundo y transformarlo. Este proceso comienza tempranamente en la vida intrauterina y continúa, a un ritmo decreciente, durante toda la vida.

El desarrollo cerebral en la infancia temprana es un factor determinante de la salud, aprendizaje y conducta a lo largo de toda la vida. Alteraciones del desarrollo se relacionan con bajo rendimiento y deserción escolar, trastornos psiquiátricos, emocionales y conductuales, déficit en las habilidades sociales y morbilidad en la adultez.

El desarrollo infantil es un proceso dinámico, sumamente complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social. Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante.

La atención temprana, desde los principios científicos sobre los que se fundamentan la pediatría, la neurología, la psicología, la psiquiatría, la pedagogía, la fisioterapia, la lingüística, etc., tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits, o con riesgo de padecerlos, un conjunto de acciones óptimas y compensadoras que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social.

Entre las habilidades sociales por desarrollar figuran las habilidades específicas que requiere una persona en una tarea determinada, y las interpersonales o de competencia que son las que el niño pone en juego al enfrentarse a situaciones que implican relacionarse con otros individuos.

Se han dado recomendaciones para alcanzar estas habilidades de acuerdo con la edad del escolar.



	Niñez temprana Edad 4 - 6	Niñez media Edad 7 - 10	Adolescencia temprana Edad 11 - 14	Adolescencia media Edad 15 - 17
Contexto social	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mayormente dentro del contexto del hogar. ▶ Interacción clave entre el niño y los que le cuidan/ familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se mueve del hogar a contextos sociales mas amplios. ▶ Desarrolla el sentido de la laboriosidad. ▶ Aprende a colaborar con sus pares y con adultos 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adquiere mayor independencia. ▶ Aumenta su enfoque a sus pares. ▶ Comprende la perspectiva de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Autonomía de los padres
Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Escoge entre múltiples ideas. ▶ Explica por qué algo no es justo 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Comienza a planear en forma consciente, coordina acciones, evalúa el progreso y modifica planes basado en la reflexión y evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Piensa en consecuencias a corto y largo plazo. ▶ Capaz de pensar cada vez más en forma abstracta, considerando lo hipotetico y lo real. ▶ Capaz en forma creciente, de recuperar información y usarla para solucionar nuevos problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Usa procesos de solución de problemas. ▶ Especula sobre las mejores alternativas. ▶ Identifica factores no controlables. ▶ Indentifica estándares externos de justicia
Concepto de si mismo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Los niños tienden a ser muy optimistas acerca de sus habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A los 10 años es capaz de autoreflexión sobre sus habilidades, éxitos y fracasos. ▶ Desarrolla el concepto de si mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Desarrolla un sentido de sis mismo como ser autónomo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Continúa desarrollando un sentido de si mismo como individuo autonomo.

Fuente: Eccles, 1999; Crawford y Bodine, 1997

La competencia social distingue dos grupos de niños que presentan problemas en su conducta social. Están los inhibidos, tímidos o aislados y los impulsivos, agresivos o sociales. Los primeros son los menos detectados por sus profesores, son niños excesivamente controlados, no defienden sus derechos, aceptan fácilmente los deseos de los demás, son pasivos, lentos en sus reacciones, tienden a ser ignorados por sus pares, y son menos rechazados por sus compañeros. Los segundos son poco cooperativos, desobedientes, agresivos, destructivos, impopulares entre sus pares y reciben frecuentes muestras de rechazo.

Es importante considerar los ambientes naturales en que se desarrolla la competencia, los contextos más relevantes en el desarrollo social de un niño son el hogar, la escuela y el grupo de pares. En el hogar, con la familia, ocurre la socialización primaria, donde



aprenden los primeros comportamientos interpersonales que les servirán posteriormente para manejar conductas amigables y resolver los conflictos.

Los distintos tipos de crianza se deben a la diversidad de familias. Las familias coercitivas son las que ejercen control por la fuerza con amenazas de castigo físico sobre sus miembros, a este tipo de familia pertenecen los niños cuyo comportamiento es agresivo. Las familias hostiles tienen niños aislados de la sociedad, dependientes y poco hábiles. Las familias funcionales o saludables se caracterizan por que sus miembros tienden a comunicarse entre ellos, interactúan, son afectuosas y abiertas.

En la escuela ocurre la socialización secundaria, en ella se cumple el fortalecimiento de los valores que trae de casa. El niño se socializa con los profesores y con otros niños mayores y más pequeños que él. El profesor ejerce influencia en la vida del niño, le sirve como modelo de conductas sociales.

Las características personales del profesor influyen en la conducta de los niños, los profesores hostiles y dominantes maltratan la autoestima y resienten la relación profesor – alumno. La metodología educativa influye en el comportamiento de los niños: el trato personal y de grupo; el número de alumnos por salón; la distribución de carpetas o mesas de trabajo, y el tamaño del colegio influyen en el desarrollo social. En escuelas pequeñas los niños participan en más actividades, al tener la oportunidad de un trato más personal. El grupo de pares es el tercer contexto socializador, la interacción con sus iguales influye en el desarrollo de la conducta social, proporcionándole al niño oportunidades para aplicar las normas sociales aprendidas, dándole la oportunidad de autoconocerse y aprender a convivir. El grupo de pares cumple una función importante en el desarrollo del yo – social, tanto para los niños populares como para los no populares, ayudándolos a desarrollar su propia identidad e individualidad y a incorporar patrones nuevos de comportamiento. La televisión es un poderoso agente de socialización, lamentablemente negativo en los niños, pero con la supervisión de adultos y adecuadamente utilizado puede ser beneficioso al estimular el conocimiento y reforzar valores.

No se puede dejar de lado el género, la inteligencia, el carisma y la expresión de valores. Los niños que tienen un estilo cognitivo impulsivo, presentan rápida reacción, no siguen bien las instrucciones, porque no se toman el tiempo necesario para procesar la información correctamente, a diferencia de los niños reflexivos quienes consideran todos los detalles posibles antes de responder, tienen mejor capacidad para organizarse, y logran cumplir lo que planifican.

Los factores afectivos son otras de las dimensiones importantes, ya que en ella se encuentran la autoestima, confianza, identidad. El niño con adecuada autoestima demuestra aceptación de sí mismo y de los demás, reconoce sus propias fortalezas y habilidades. En la actualidad disponemos de información suficiente que nos demuestra que hay sólidas relaciones entre la competencia social en la infancia y la adaptación social, académica, y psicológica, tanto en la infancia como en la vida adulta, lo que nos permite afirmar que es un área crucial en la educación de nuestra niñez.

La incompetencia social se relaciona con baja aceptación, rechazo, ignorancia o aislamiento social por parte de sus pares; problemas emocionales y escolares; desajustes psicológicos y psicopatología infantil; delincuencia juvenil, y diversos problemas de salud mental en la vida adulta.



Evidencias de prevención de riesgo psicosocial al promover habilidades sociales

RESULTADO	AUTORES
Retraso del inicio de consumo de drogas	Hansen, Johnson, Graham, Sobel, 1988
Prevenir conductas sexuales de riesgo	Kirby, 1994
Enseñar a controlar la ira	Deffenbacher, y cols, 1996
Prevenir la delincuencia y criminalidad	Englander - Golden, 1989
Mejora el desempeño académico	Ibid
Prevenir rechazo de los pares	Mize y Ladd, 1990
Promover el ajuste social positivo	Elias, Gara, y cols, 1991
Mejora autoestima	Young, Kelley, 1991

Las habilidades sociales se pueden potenciar desde la escuela lográndose ventajas emocionales. Los currículos se pueden complementar con programas directos y sistemáticos basados en la combinación de técnicas cognitivas y conductuales para mejorar las competencias interpersonales, mejorar los conocimientos, y disminuir algunos de los trastornos emocionales

El modelo DIR, basado en el desarrollo, las diferencias Individuales y las relaciones, es un marco para un abordaje comprensivo y de desarrollo para trabajar con niños con necesidades especiales, trastornos de aprendizaje y diferencias en el aprendizaje, así como promover el desarrollo de todos los niños, incluyendo niños con estrategias especiales. Los principios fundamentales del modelo DIR son:

1. La formulación de las capacidades emocionales primarias del desarrollo en los primeros años de vida y aquellas que se van sumando en el curso de la vida;
2. La descripción de las diferencias individuales de procesamiento que expresan las variaciones madurativas y constitucionales biológicamente basadas y;
3. La conceptualización y el énfasis puesto en las interacciones de aprendizaje basadas en el afecto que median las influencias familiares, comunitarias y culturales.

Autoevaluación

- ¿Cree que la información leída le sea de utilidad para resolver conflictos en el aula?
- ¿Está en condiciones de ofrecer a sus alumnos mecanismos de observación y análisis del problema?
- ¿Es importante la comunicación como habilidad social? ¿Por qué?
- ¿Qué valores considera que son los más importantes de fortalecer en los escolares?
- ¿Cómo diagnosticaría la carencia de habilidades sociales en sus escolares?



Bibliografía

1. Schonhaut L, Rojas P, Kaempffer Ana M. Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, Región Metropolitana, Rev. Chil. Pediatr 2005;76(6): 589-598.
2. Grupo de Atención Temprana. Madrid 2000. Disponible rp@futurnet.es.
3. Arizcun J., Gerra R., y Valle M., (1994): "Programa de control prospectivo, poblaciones de alto riesgo de deficiencias", Anales Españoles de Pediatría, Suplemento 63: 26-32.
4. Boyle C.A., Decoufle P., Yearguin-Allsopp M. (1994): "Prevalence and Health impact of developmental disabilities in U.S. children" Pediatrics, 93, 399-403.
5. Committee on Children with Disabilities (1993): "Servicios pediátricos para lactantes y niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria" Pediatrics (ed. Esp.), 36, 50-52.
6. Gonzales P, Molina R. Aprendizaje de las habilidades sociales básicas. Revista Digital Práctica Docente N.º 7 julio-septiembre 2007, Granada. Disponible en www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=336.
7. López M. La integración de las habilidades sociales. Revista electrónica de intervención psicosocial 2008,3(1):16-19.
8. Gladys Jadue J. Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. Estudios Pedagógicos, N.º 28, 2002, pp. 193-204
9. Calkins, S., S. Dedmon. "Physiological and Behavioral Regulations in two year old children with aggressive/destructive behavior problems", Journal of Abnormal Child Psychology. 2000; 28, 2: 103-118.
10. Fernando Marhuend, Almudena Navas, Sacramento Pinazo. Conflicto, disciplina y clima de aula: la garantía social como respuesta al control social sobre los jóvenes. www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/.../pdf/marnapi.pdf



3.3. Convivencia

Objetivos

- Promover el vivir pacíficamente;
- Enseñar a resolver conflictos;
- Acostumbrar a los alumnos al trabajo en grupo;
- Promover el liderazgo;
- Fortalecer valores y hábitos traídos del hogar: respeto, tolerancia y asertividad.

Con frecuencia a través de los titulares de periódicos y revistas nos enteramos de actos de violencia y desorden que ocurren en los centros escolares. Estos sucesos suelen adquirir, en muchas ocasiones, tintes dramáticos: profesores que son agredidos por sus alumnos o por los padres de estos, crueldad muy acentuada en las relaciones entre los propios alumnos, o el acoso sexual de profesores hacia sus alumnos o alumnas.

Muchos quieren ver en estos acontecimientos la “punta del iceberg” de una situación general dramática, o cuando menos alarmante. La aproximación a los estudios existentes sobre estos temas, la mayoría de ellos serios y rigurosos, nos hace darnos cuenta que la situación de nuestro país, en cuanto a problemas de auténtica violencia escolar, permite confirmar los hechos relatados en la prensa, la televisión etc. como reales, claros, frecuentes, y muchas veces cotidianos en nuestras aulas.

Otra cosa son los problemas de convivencia y disciplina que, efectivamente existen y angustian al profesorado, especialmente al de secundaria. Lo que decimos viene avalado por trabajos recientes efectuados en Lima y provincias.

Se entiende que los problemas de convivencia no dejan de ser problemas de valores sociales, en los que la institución escolar y la acción pedagógica de los profesionales pueden cumplir un papel fundamental, pero no son los únicos ni los principales.

El problema existe y, en la medida en que afecta a todos los sectores de la comunidad escolar, es preocupante. Se dan situaciones, según los estudios, en la totalidad de nuestros centros tanto privados como estatales en los que porcentajes nada despreciables de muchachos agreden, de forma continua, a sus compañeros.

La situación es todavía más lamentable cuando nos dicen que muchas veces la víctima es un compañero con alguna discapacidad psíquica o física o, sencillamente, diferente. Los científicos nos dicen que las víctimas, pero también los agresores y los espectadores de estas agresiones pueden padecer a largo tiempo las consecuencias de su participación en estos actos. Las agresiones pueden ser físicas (golpes), verbales (insultos), contra las pertenencias (hurtos) o simplemente exclusión del grupo. Al tener carácter continuado en el tiempo (lo que sucede la mayoría de las veces) pueden generar sufrimiento y desórdenes mentales a largo plazo.

Otros problemas que alteran el ritmo normal de la vida escolar son los derivados de la llamada disrupción, o sea problemas de convivencia entre profesores y alumnos en el ámbito del aula. Estos actos habitualmente denominados de indisciplina, distorsionan

el ambiente de trabajo, provocan una disminución en el rendimiento escolar y docente, enrarecen el clima de tolerancia y respeto siendo el origen de serias alteraciones psíquicas en parte del profesorado.

Se han señalado el estrés, la fatiga psíquica, la depresión y el síndrome del burnout (quemado) como las dolencias psicológicas más frecuentes en el profesorado. Nos caben pocas dudas de que algunas de estas enfermedades están provocadas o acentuadas por mala convivencia en el centro de trabajo.

Es oportuno llamar la atención sobre el hecho de la creencia que toda la problemática de la juventud, cuyo origen se remonta a la edad de ingreso a la escuela, deba ser solucionado única y exclusivamente por este estamento y sus profesionales, sin tener en cuenta a los padres y el entorno donde viven. A la escuela le compete socializar a sus educandos, mantener la formación permanente en valores, y aportar elementos positivos para el desarrollo integral, desterrando todo tipo de abuso o acoso, fortaleciendo el respeto, tolerancia y asertividad, pero este logro es imposible sin el concurso de los padres.

Dada la estructura de la sociedad actual, la escuela debe compartir su función socializadora con la familia, los grupos de iguales, el entorno del barrio, y los medios de comunicación, por lo tanto, hay que ajustar las expectativas puestas en el papel de la escuela con la realidad de su rol en la sociedad. No debemos caer en la contradicción de guardar silencio ante las graves distorsiones de los valores en casi todos los entornos sociales y pretender que las instituciones educativas acaben transformándolo todo como si no existieran otras influencias

En coordinación con los estamentos de salud, además de buscar el nivel cultural, la buena educación, los hábitos democráticos, el comportamiento cívico y solidario, debe promoverse la prevención de las toxicomanías, los comportamientos racistas o xenófobos, las actitudes machistas y la educación sexual.

Esta problemática hace que surjan algunas preguntas

¿Cómo educar en la convivencia teniendo en cuenta los valores que se cotizan en la sociedad?

¿Cómo potenciar la resolución de conflictos de manera no violenta si en muchas ocasiones la sociedad los resuelve violentamente?

¿Es posible que la escuela pueda fundamentar el ponerse en el lugar del otro, cuando la insensibilidad, la falta de solidaridad y la apatía impregnan la vida diaria?

¿Es posible hacer entender a los niños, y jóvenes, la pacífica convivencia diaria que los profesores y profesoras quieren para ellos, cuando se deteriora tácita o peyorativamente su imagen?

Educar para la paz y la convivencia es un objetivo defendido con ahínco por todos los sectores de la comunidad educativa. No solo el futuro, sino también el presente dependen de que nuestros niños, adolescentes y jóvenes aprendan a resolver sus conflictos por vías pacíficas. Por eso, es muy importante que los alumnos adquieran “herramientas” y procedimientos para este fin y que vayan asumiendo valores que se traduzcan en actitudes y hábitos de convivencia.

Un tema o enseñanza clave para la vida es la paz o convivencia pacífica. El ser humano, social por naturaleza, necesita aprender a relacionarse con los demás. Se trata de una



necesidad básica. El éxito de la vida radica en la consecución de la armonía consigo mismo, con los demás y con su medioambiente. Vivimos, además, en una época bastante conflictiva, violenta, intolerante, injusta e inestable, con frecuentes y graves problemas de convivencia. La situación actual del mundo reclama una actuación escolar en este punto.

Por eso, haciéndose eco de una exigencia profunda de nuestra sociedad, el currículo debe incluir temas transversales sobre la educación para la paz. Nos urge así, la aplicación de una enseñanza que desarrolle en nuestros alumnos, las actitudes y conductas coherentes con la justicia, respeto, tolerancia, diálogo y resolución no violenta de los conflictos.

La presencia de actos negativos como la indisciplina, disrupción, violencia, destrozo de instalaciones, resienten la convivencia y forman parte de la conducta antisocial.

La Indisciplina es señalada por acciones como alboroto fuera del aula, falta de respeto a los compañeros, alboroto en el aula, agresión moral, falta de respeto a los profesores y absentismo escolar. Las situaciones de indisciplina están vinculadas con “desinterés del alumnado”, “problemas familiares”, “presencia de alumnos repetidores”, “presencia de grupos intolerantes”, “profesorado que no ejerce su función”, “desinterés de los profesores”, “alcohol” y “drogas”.

Se trata de conductas aisladas y, al mismo tiempo, muy persistentes, que manifiestan consistentemente algunos alumnos en el aula –en ocasiones una mayoría– y que, en su conjunto, podrían calificarse de boicot permanente al trabajo del profesor, al desarrollo de la actividad del aula, y al trabajo de los demás alumnos, entre ellas: faltas de puntualidad, cuchicheos, risas, provocaciones constantes al profesor, comentarios hirientes en voz alta acerca del profesor, de un compañero o de la propia tarea, insultos, pequeñas peleas y robos, y en definitiva, desafíos de todo tipo a las normas de convivencia dentro del aula.

La disrupción, dicho en breve, agrupa lo que en lenguaje escolar suele entenderse por falta de disciplina en el aula. Por poco frecuente y grave que sea, la disrupción distorsiona el flujo normal de las tareas que se desarrollan en el aula, y fuerza al profesor a invertir buena parte del tiempo de enseñanza en hacerle frente. Al mismo tiempo que asumimos que la disrupción es la música de fondo de la mayor parte de nuestras aulas, debemos asumir también sus implicaciones y consecuencias a corto y largo plazo.

La disrupción, emocionalmente hablando, separa a los alumnos de los profesores. Dicho de otra forma, genera incomunicación en las aulas. Dependiendo de la manera en que el docente reaccione ante la disrupción, podemos encontrarnos con distintos resultados. En este sentido: desde la confrontación permanente hasta la ignorancia mutua (pactos tácitos de no-agresión). En cualquier caso, hay incomunicación, que sin duda configura las actitudes y expectativas tanto de los alumnos como del profesor (y no precisamente en la dirección más deseable).

La disrupción tiene una relación directa con el incremento del absentismo, tanto por parte del alumnado como del propio profesorado. La investigación al respecto ha confirmado algo que tal vez no requería de grandes esfuerzos indagadores: la relación entre disrupción existente en el aula y estrés del profesor.

Así, la disrupción, cual lluvia fina cayendo curso tras curso, altera la autoestima profesional del docente, condiciona sus decisiones profesionales, y va aumentando su nivel de estrés.

hasta llegar en ocasiones a lo que se conoce técnicamente como *burnout* (“quemado”). Por último, es evidente que la interrupción permanente en el aula tiene una influencia directa –y obviamente negativa– sobre el aprendizaje y el rendimiento escolar de todos los alumnos, tanto si son disruptivos como si no lo son.

Es conveniente hacer un diagnóstico inicial de la problemática. Para ello es necesario considerar la revisión de la situación del centro en cuanto a convivencia:

- Definición de cuestionarios para los diferentes sectores de la comunidad;
- Identificación de los principales problemas de convivencia;
- Análisis de sus orígenes;
- Frecuencia;
- Lugares donde ocurren;
- Respuesta dada a estas situaciones;
- Repercusión de los conflictos en los diferentes sectores de la comunidad educativa;
- Clima relacional del centro;
- Función que cumplen las normas de convivencia y las sanciones.

Entre las estrategias para promover la convivencia pacífica se han ensayado:

Medidas democráticas Los objetivos de la adopción de estas medidas son mejorar la relación entre profesores y alumnos, así como entre los propios alumnos (al estimular el entendimiento sin imposiciones, fomentar el diálogo entre todos, y contemplar el punto de vista diferente); debilitar las barreras entre el colectivo de profesores y el de alumnos procurando un acercamiento entre ambos; facilitar la integración de los alumnos; procurar la identificación de los muchachos con un grupo de referencia y con el centro escolar, y facilitar la aceptación por parte de todos de las normas establecidas democráticamente asumiendo la creación de una comunidad

Regulación democrática de los conflictos. Constituye una de las pautas fundamentales para definir un clima de convivencia en el aula y en el centro escolar. Sirve de base a lo que se ha llamado “convivencia democrática”. Se afirma que cuando todos los miembros de la comunidad tienen un papel activo en la creación de las normas, y estas se conceptualizan como un instrumento para mejorar el bienestar de la comunidad, su incumplimiento deja de representar una mera desobediencia y pasa a ser comprendido como una incoherencia (falta de lealtad) con uno mismo y con el grupo al que uno siente pertenecer. Por otra parte, a través de la democracia participativa aumenta la eficacia del profesor en la transmisión de valores, al disminuir su asociación con el poder coercitivo y aumentar su legitimidad y poder de identificación.

Conviene tener en cuenta que el conflicto es un desacuerdo o disputa entre dos o más personas y que es parte natural de la vida. Todo el mundo experimenta conflictos.

- Hay muchos aspectos negativos en el conflicto, pero también los hay positivos;
- Hay conflictos destructivos y constructivos;



- Es importante identificar un conflicto para averiguar cuáles son las conductas más apropiadas para solucionarlo.

La solución del conflicto pretende salvar tanto las metas como las relaciones, y esto solo es posible en un clima estratégico, en el que todas las personas en conflicto salgan ganando, en una solución técnicamente llamada de “ganar-ganar”.

Favorecer la integración es una tarea que bien puede considerarse como un objetivo en todo centro docente. Este hecho se impone con más necesidad en un contexto de gran diversidad étnica y social como en el que trabajan las escuelas públicas en estos momentos.

La reivindicación de una intervención a favor de la convivencia proviene de la circunstancia de que son precisamente los alumnos menos integrados en la vida escolar los que corren más riesgo de incurrir en actitudes violentas o comportamientos incorrectos, incluso predelictivos. Se sugiere utilizar el aprendizaje cooperativo en grupos heterogéneos.

Este método de trabajo tanto para los temas transversales de educación para la convivencia como para las áreas de aprendizaje convencionales conduce a la obtención de mejoras tanto en el aprendizaje como en la integración de alumnos, parcial o totalmente marginados y en la interacción entre iguales y con el profesor. Constituye el reverso de la educación de carácter competitivo, debiendo tener suma importancia en el trabajo tutorial.

La cooperación es la vía más eficaz para cumplir objetivos de aprendizaje, tanto para aquellos que son ayudados por otros como para los que saben más y ayudan a cumplir contextos diversos y transferirlo a nuevas situaciones. Todo ello no se puede hacer sin interactuar con otros, sin dialogar con los compañeros, sin formular preguntas y buscar respuestas, una labor que se realiza mejor cooperando que en solitario, y mucho mejor que compitiendo.

Trabajar la autoestima se logra favoreciendo el aprendizaje (grupos cooperativos, atención a la diversidad).

- Distribuyendo equitativamente las oportunidades para el protagonismo.
- Eliminando rigideces en el currículo;
- Promoviendo actividades extraescolares y complementarias con métodos cooperativos;
- Trabajando con las familias en el apoyo escolar a sus hijos.

Participación de padres y madres en la educación

Los padres deben colaborar en la educación de sus hijos de diversas maneras:

- Ayudándoles a conocer sus características a los hijos desde una perspectiva evolutiva;
- Colaborando con ellos en la resolución pacífica de conflictos que puedan generar ambientes familiares violentos;
- Haciéndoles tomar conciencia de cómo algunas actitudes pueden influir positiva

- o negativamente en la educación de sus hijos (comportamientos autoritarios, expectativas, refuerzos positivos);
- Haciendo consciencia en ellos de las formas en que pueden crear condiciones que favorezcan el aprendizaje de sus hijos;
- Convirtiéndoles en colaboradores activos de las actuaciones del centro a favor de la convivencia.

La UNESCO organizó un concurso regional de la Red de las Escuelas Asociadas en América Latina y el Caribe para investigar el estado de la convivencia, llegando a la conclusión que era conveniente revitalizar un establecimiento educativo, cambiar la forma de enseñar a enseñanza democrática, sensibilizar a la comunidad acerca de la importancia de la educación y vincular el apoyo de distintas entidades, sobre todo en áreas de extrema pobreza y marginalidad, tarea no fácil que no estuvo exenta de inconvenientes.

En trabajo conjunto del equipo de consejería con maestros del colegio se hizo un diagnóstico de la situación que contemplaba los siguientes aspectos:

- ¿Cuál era la cultura de derechos humanos que se vivía en la institución?
- ¿Qué relación existía entre la educación impartida en el colegio y las necesidades reales de los estudiantes?
- ¿Qué tipo de relaciones de convivencia se presentaban en el colegio y cómo se traducían en la vida diaria?
- ¿Qué esquemas de autoridad se manejaban en el colegio (relaciones de poder)?
- ¿Cómo influía el esquema organizativo del colegio en los procesos de formación?
- ¿Cómo era la participación de las diferentes autoridades y docentes en la vida del colegio?

La convivencia estaba mediada por un reglamento al que estaban "sometidos" los estudiantes, que solo permitía el acatamiento de una norma impuesta por otros. Toda esta evaluación apuntaba a una reorientación de los procesos formativos que tuvieran coherencia con el contexto local, nacional e internacional, al cual podía contribuir la perspectiva de los derechos humanos.

Es así como comienza un proceso de sensibilización y formación con un grupo de maestros, para que las relaciones de poder y los fines de la entidad educativa tomaran en cuenta el sentir del alumnado, generando sujetos de derecho capaces de aprender y aprovechar realmente el conocimiento. Para poder cumplir con esta nueva propuesta de horizonte institucional se propusieron los objetivos que orientarían el proyecto, los que se alcanzarían gracias a:

- La reorientación de los programas de dirección de curso, es decir, valorar a los estudiantes en los procesos de enseñanza;
- La reflexión pedagógica, que implica asumir el debate pedagógico como eje fundamental de la labor educativa;
- Convivencia, donde se conozcan las experiencias del alumnado, y así potencien su accionar en pro del desarrollo de la institución;
- Creación de un espacio semanal para el trabajo institucional en el que se fomentaría la participación activa y decisoria de los estudiantes;



- Realización de campamentos: a través de salidas a terreno fomentará la convivencia y el conocimiento entre los compañeros, además de enseñar el respeto hacia la naturaleza;
- Festival de la canción y la danza: permitirá la apreciación y el respeto por lo diverso;
- Revisión constante y actualización del trabajo académico, que promoverá el perfeccionamiento de los educadores y el desarrollo de habilidades de los estudiantes.
- Convenios con instituciones facilitarán la capacitación y desarrollo de los estudiantes.

Para la realización del proyecto se planteó una serie de fases de desarrollo las cuales irían evolucionando al ser puestas en marcha, que son:

- Negociación: abrir un espacio de acción en el que se promuevan nuevas relaciones de convivencia;
- Sensibilización: dar cuenta de la realidad de la institución, dar un análisis honesto a la problemática de los derechos humanos locales;
- Establecimiento del estado de desarrollo de la institución escolar: aquí se indagó acerca de la comprensión e interpretación de la realidad y sus fines;
- Planeamiento educativo: se construyeron las metas, fines y acciones a desarrollar del proyecto, en un tiempo determinado.

José Luis Zurbano Díaz de Cerio señala que de las anteriores consideraciones podemos extraer las siguientes conclusiones o principios para educar a nuestros alumnos en la paz:

- a) El cultivo de los valores;
- b) Aprender a vivir con los demás;
- c) Facilitar experiencias y vivencias;
- d) Educar en la resolución de conflictos;
- e) Desarrollar el pensamiento crítico;
- f) Combatir la violencia de los medios de comunicación;
- g) Educar en la tolerancia y la diversidad;
- h) Educar en el diálogo y la argumentación racional.

Autoevaluación

¿Cómo define convivencia?

¿Qué es necesario para fomentar la convivencia?

¿Qué debe hacer su institución a favor de la convivencia?

¿Cuál es la labor del maestro en la lucha por convivir pacíficamente?

¿Es posible contrarrestar el efecto negativo de la televisión? ¿Cómo?

¿Son importantes los padres de familia para conseguir este logro?



Bibliografía

1. Cultura de paz en la escuela. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile 2000. unesdoc.unesco.org/images/0012/001231/123154s.pdf.
2. Medina García A, Medina García E y Romero Rodríguez P. Actividades por la tolerancia y la convivencia. Castilla- La Mancha www.doredin.mec.es/documentos/00620073000169.pdf.
3. González Regadas EM, Castalia, Inti del Sur. Juventud y promoción de una cultura de la paz Universidad de Antioquia, 2003 www.castalia.org.uy/docs/trabajos/Medellin03.pdf.
4. Zurbano Díaz de Cerio JL. Bases de una educación para la paz y la convivencia. Gobierno de Navarra. Departamento de Educación y Cultura. 213.0.8.18/portal/Educantabria/RECURSOS/ Materiales/.../BASES.pdf.
5. Principios de una ética mundial. Declaración del II Parlamento de las Religiones del Mundo, celebrado en Chicago en 1993. http://www.audir.org/esp/recursos/declaracio_2_parlament.html
6. Tuvilla Rayo J. La convivencia en los centros educativos desde la mirada de la cultura de paz 2006. <http://www.cyberpediatria.com/>
7. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Educación para la Vida Ciudadana España, 2003.
8. Convivencia en el aula. www.svalero.es/aproposito/Documentos/090508134323.pdf.
9. Blasco M. ¿Los maestros deben ser como segundos padres? Revista Mexicana de Investigación Educativa 2003;8 (19):789-820.
10. Buenas prácticas en Convivencia escolar. Investigaciones sobre convivencia democrática realizadas en el Perú que participan en la Red Latinoamericana de Convivencia escolar. Ministerio de Educación, 2011.

3.4. Problemas en el aula: ira, impulsividad, desorden de atención

Objetivos

- Detectar escolares impulsivos y agresivos;
- Identificar escolares que no saben controlar su ira;
- Identificar alumnos con déficit de atención;
- Establecer modelos sociales;
- Conocer modificación de conducta.

La ira es un fuerte sentimiento de indignación y antagonismo. Sus sinónimos cólera, rabia, furia, indignación, enfado, significan un estado emocional intenso inducido por un desagrado. Enojo es el término más general pero no dice mucho sobre la intensidad y la razón de ese estado emocional

Los niños que se enojan fácilmente experimentan una angustia considerable o un impedimento significativo en sus relaciones sociales, en las tareas hogareñas, o en la



escuela. Altos niveles de ira llevan, por lo general, a una limitación en la capacidad de resolver problemas, a decisiones impulsivas, y a acciones insensatas. La ira nos hace menos perceptivos de los pensamientos y sentimientos de los demás.

Clásicamente, se asocian con la impulsividad tres conceptos básicos que se entrelazan en la comprensión del comportamiento impulsivo: “el actuar sin pensar, la velocidad incrementada en la respuesta y la impaciencia.” Al estudiar tal unión vemos que surgen otros indicadores relacionados: “un bajo control de sus impulsos y poca tolerancia a la frustración.”

Altos niveles de ira limitan la capacidad de resolver problemas, llevan a decisiones impulsivas, y acciones insensatas.

La impulsividad une tres conceptos que se entrelazan con el comportamiento impulsivo: “el actuar sin pensar, la velocidad incrementada en la respuesta y la impaciencia.” Se asocia a: “un bajo control de sus impulsos y poca tolerancia a la frustración.”

La reunión de estos conceptos hace que estos niños, aun sin proponérselo, llamen la atención desfavorablemente. Pueden convertirse en el centro de las observaciones negativas de los padres, compañeros, profesores, y amigos, dando lugar a quejas por su comportamiento e incluso a evitarlos de distintas formas, ya que no disfrutarán de compartir con ellos actividades conjuntas dentro o fuera de la escuela, y eventualmente, los padres de sus compañeros no mostrarán deseos de que sus hijos se vinculen con niños de tales características.

Respecto al rendimiento escolar, debido a la impulsividad empiezan las tareas sin acabar de leer las instrucciones correctamente, deben controlar los impulsos para no abandonar una tarea aburrida y para persistir en actividades cuya recompensa es a largo plazo. Con frecuencia, cuando realizan tareas aburridas, emplean el menor tiempo posible y parece que hacen un esfuerzo mínimo. Debido a estas características muestran reacciones automáticas (no intencionales o premeditadas), de ira o rabia ante pequeñas frustraciones o situaciones que perciben como amenazas.

Existen programas de intervención, donde se enseñan técnicas para reducir la impulsividad o para aumentar la reflexión como son el entrenamiento mixto en las acciones y los pensamientos.

Un problema actual y creciente de salud en la comunidad escolar son la agresión y violencia observada entre los estudiantes, siendo de tal intensidad que ha provocado incidentes negativos en niños y adolescentes, como dificultad en el aprendizaje y abandono escolar, observándose esta problemática transversalmente en diversos contextos culturales y sociales. La violencia escolar existe en la medida que esta existe en la sociedad. En ella confluyen una serie de variables personales y psicosociales que la desencadenan y la mantienen.

Los alumnos agresores tienen un perfil típico; ellos son inseguros, solitarios, desconfiados, con relaciones superficiales. Suelen no tener confianza con sus padres para hablar de sus asuntos personales; sin embargo, prefieren darles confianza total a los amigos de su entorno, estableciendo un círculo alrededor de quienes les siguen el juego y los consideran emblemáticos.

Para mejorar la impulsividad y favorecer la socialización se recomienda: desarrollar habilidades comunicativas, controlar la ansiedad en la relación interpersonal y desarrollar la empatía. Los maestros deben ganar experiencia en la regulación y resolución de conflictos y estimular las habilidades sociales de comunicación

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad viene definido por sus tres síntomas nucleares: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Actualmente se considera un trastorno del desarrollo en los tres síntomas descritos. El niño tiene por el trastorno, interferida la habilidad de mantener la atención, el manejo efectivo de las emociones, el nivel de actividad y el actuar consistentemente en función de las consecuencias. Esa incapacidad o dificultad les impide inhibir la respuesta impulsiva, y detener la respuesta espontánea.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) es diagnosticado en el 3 al 7% de los niños en edad escolar y consta de los síntomas centrales de desatención, impulsividad e hiperactividad. Los niños son frecuentemente tratados con medicación, generalmente con efecto estimulante, como el metilfenidato. El TDA/H también es tratado con una variedad de intervenciones psicosociales y psicoeducativas para los padres, niños, y con intervenciones multifactoriales combinadas con medicación.

Síntomas del trastorno por déficit de atención

INATENCION	HIPERACTIVIDAD	IMPULSIVIDAD
No presta suficiente atención a los detalles	Mueve en exceso manos y pies (Hiperkinesia)	Responde de forma precipitada a las preguntas
Tiene dificultades en la atención sostenida	Abandona su asiento en la clase	
Parece no escuchar cuando se le habla directamente	Corre o da saltos en situaciones inapropiadas	Tiene dificultades para guardar el turno en la fila
Dificultad para finalizar las tareas (no oposicionismo)	Tiene dificultad para realizar tareas tranquilas	Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros
Dificultad para organizar sus actividades o tareas	Habla en exceso	
Rechaza cualquier esfuerzo mental sostenido	Actúa como si estuviese impulsado por un “motor”	
Pierde cosas necesarias		
Se distrae con estímulos irrelevantes		
Es olvidadizo		



Sospecha

- Estos niños tienen problemas de adaptación en los ambientes familiar, escolar y social, debido a deficiente capacidad para controlar sus conductas impulsivas y excesiva actividad;
 - Esta alteración puede aparecer antes de los 4 años, pero a menudo se evidencia cuando el niño inicia la educación escolar;
 - Para diagnosticar a un niño con TDAH, las alteraciones deben tener una **evolución de por lo menos seis meses y manifestar al menos ocho de los síntomas** descritos en el “Manual de diagnóstico de los trastornos mentales”;
 - Tiene que presentarlo en **dos de tres lugares**: hogar, escuela o comunidad.
1. Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies o por moverse en el asiento;
 2. Dificultad para permanecer sentado cuando la situación lo requiere;
 3. Fácil distracción por estímulos ajenos a la situación;
 4. Dificultad para aguardar el turno en juegos;
 5. Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas;
 6. Dificultad para seguir las instrucciones de los demás y para finalizar las tareas que se le encomiendan;
 7. Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas;
 8. Frecuentes cambios pasan de una actividad incompleta a otra;
 9. Dificultad para jugar con tranquilidad;
 10. A menudo habla excesivamente;
 11. A menudo se introduce en actividades de otros niños, interrumpiendo el juego;
 12. A menudo no escucha lo que se le dice;
 13. A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar;
 14. A menudo, practica actividades físicas peligrosas sin evaluar los riesgos;
 15. Un gran porcentaje de niños continúan experimentando dificultades académicas, conductuales y de personalidad, como por ejemplo: bajo rendimiento escolar, baja autoestima, depresión, conducta agresiva, delincuencia y personalidad antisocial.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad viene definido por sus tres síntomas nucleares: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

El “Manual de diagnóstico de los trastornos mentales” señala 14 ítems que lo caracterizan. Para sospechar que un niño puede tener déficit de atención con hiperactividad las alteraciones deben tener una **evolución de por lo menos seis meses y manifestar al menos ocho de los síntomas** descritos en el Manual. Debe presentarlos en **dos de tres lugares**: hogar, escuela o comunidad.



Autoevaluación

- ¿Cómo detecta los alumnos impulsivos y agresivos?
- ¿Cómo conoce a los escolares que no saben controlar su ira?
- ¿Tienen alguna característica los alumnos con déficit de atención?
- ¿Es importante desarrollar las habilidades sociales? ¿Por qué?
- ¿Considera de importancia detectar a nivel inicial la ira y la impulsividad? Dé sus razones.

Bibliografía

1. Soler C. El niño impulsivo. www.psycoalicante.com/.../.
2. Sevilla Romero CM, Hernandez Prado MA. El perfil del alumno agresor en la escuela. VI Congreso Internacional virtual de Educación, 2006.
3. Modelo de Intervención en los trastornos de Socialización juvenil. www.dip-alicante.es/agis/documents/sesto/luque04sp.pdf.
4. Díaz Atienza J. La Violencia escolar: diagnóstico y prevención. Rev Psiquiatr Psicol del Niño y del Adolescente, 2001, 1(1):57-79 Disponible en (<http://www.paidopsiquiatria.com/rev/rev.htm>).
5. Cid P, Díaz A, Pérez MV, Torruña M, Valderrama M. Agresión y violencia en la escuela como factor de riesgo del aprendizaje escolar. Ciencia y Enfermería 2008; XIV (2): 21-30.
6. Bisquerra Alzina R. La educación emocional en la formación del profesorado. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 19(3), (2005), 95-114.
7. Pérez Quesada JM. Tratamiento de un caso de conductas disruptivas en la escuela [www.tricotilomania.org /.../Tratamiento.pdf](http://www.tricotilomania.org/.../Tratamiento.pdf).



3.5. Resiliencia en la niñez y la adolescencia

Objetivos

- Hacer conocer y difundir la capacidad de resistencia a eventos adversos;
- Desarrollar en los alumnos los factores protectores;
- Conocer la evolución de las principales características psicosociales del comportamiento resiliente, según el modo de responder a las necesidades básicas de afecto, seguridad y autonomía;
- Fomentar la comunicación oral y la libre expresión de ideas;
- Aceptar las diferencias y practicar la cooperación;
- Desarrollar la responsabilidad, comprensión y tolerancia;
- Reconocer el valor propio, el del otro;
- Respetar lo que los demás valoran;
- Incrementar la práctica de buenos modales;
- Sugerir a las autoridades educativas acciones conjuntas de trabajo de agentes de salud y educadores en cada etapa del desarrollo del niño y del adolescente, para generar y fortalecer las características resilientes.

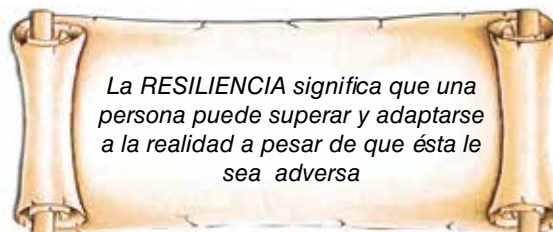
1. Definición

¿Por qué algunas personas, niños o adolescentes, frente a situaciones adversas, traumatismos y amenazas graves contra su salud y desarrollo, logran salir adelante y llegan a desarrollarse armoniosa y positivamente, mientras que todo predice una evolución negativa?

Para respondernos a esta pregunta necesitamos conocer el concepto de resiliencia.

- Originalmente, la palabra resiliencia proviene del francés *resilience* y se refiere a la capacidad de los metales para recobrar su forma original después de haberla perdido por haber estado sometidos a presión de fuego;
- Desde el punto de vista etimológico, proviene del latín *saliere*, que significa saltar hacia atrás, rebotar, ser repelido, surgir. El prefijo *re*, implica repetición, reanudación;
- El término **RESILIENCIA** fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de vivir en situaciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos;
- **Resiliar**, significa entonces, reanimarse, ir hacia adelante, después de haber padecido un golpe o haber vivido una situación traumática.

PARA RECORDAR



2. Modelos de resiliencia

Los modelos de resiliencia, en general, indican una pugna o lucha entre fuerzas negativas, expresadas en términos de daño o riesgos (factores de riesgo) y fuerzas que sirven como un verdadero escudo protector (factores de protección) que hará que dichas fuerzas no actúen o atenúen los efectos negativos, y en otras circunstancias, las transformen en factor de superación de la situación adversa.

Un factor de riesgo o una adversidad puede ser:

- Sufrir acoso sexual;
- Recibir maltrato o abuso;
- Desgracia familiar;
- Acoso escolar.

Específicamente, los indicadores patológicos de conducta más frecuentes en niños y adolescentes son:

- Adicciones (uso de drogas);
- Violencia (robos, pandillaje);
- Depresión;
- Trastornos en la conducta alimentaria;
- Ansiedad, angustia y estrés;
- Déficit de atención e hiperactividad;
- Conductas de trasgresión y evasión;
- Embarazos precoces;
- Familias disfuncionales;
- Suicidio.



Niños de Huanta, Ayacucho, en estado de pobreza

Basado en la noción de que el riesgo y resiliencia forman un continuo o pueden variar en grados, Palmer (1997) describió cuatro tipos de resiliencia:

- a) **Supervivencia anómica**, que se refiere a las personas y familias que están en un continuo estado de disrupción y caos;

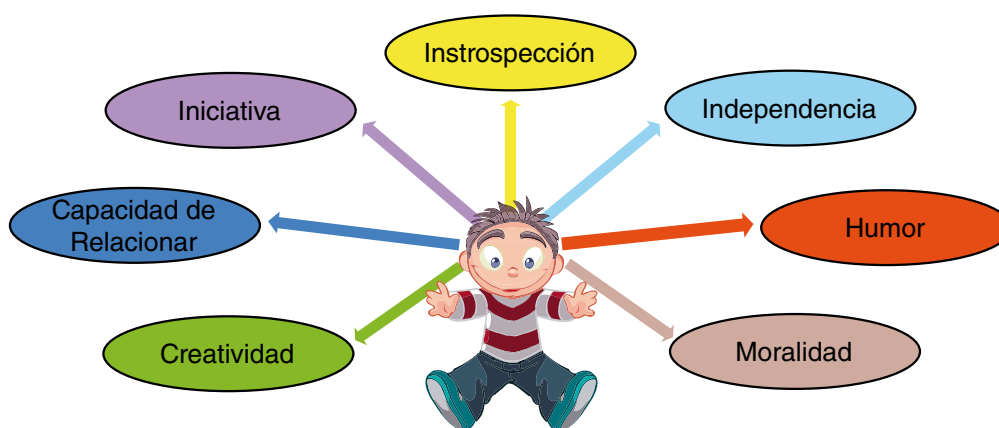


- b) **Resiliencia regenerativa**, que incluye intentos incompletos de desarrollar competencias o mecanismos constructivos de afrontamiento;
- c) **Resiliencia adaptativa** que se refiere a periodos relativamente mantenidos de uso de competencias y estrategias de afrontamiento;
- d) **Resiliencia floreciente**, que significa que existe un uso extensivo de conductas efectivas y estrategias de enfrentamiento.

Modelo de las 7 resiliencias (pilares de la resiliencia)

Aquí se define algunas características llamadas pilares de la resiliencia, para designar atributos que aparecen con frecuencia en los niños considerados resilientes. Entre ellos cabe mencionar:

- **Introspección**, es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una auto respuesta honesta;
- **Independencia**, se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en aislamiento;
- **La capacidad de relacionarse**, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras gentes para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud para brindarse a otros;
- **Iniciativa**, el gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes;
- **Humor**, encontrar lo cómico en la propia tragedia;
- **Creatividad**, la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden;
- **La moralidad**, o sea la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de comprometerse con valores. Este elemento ya es importante desde la infancia, pero sobre todo cuando pasamos los 10 años de edad.



ESQUEMA: 7 Pilares de la Resiliencia

Modelo de Edith Grothberg (yo tengo, yo soy, yo puedo)

Se propuso este modelo para caracterizar a niños resilientes. Está basado en que los niños resilientes interiorizan los factores de resiliencia de cuatro fuentes, que en su lenguaje se

expresan mediante las siguientes verbalizaciones: “yo tengo”, “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”, reflejándose todas estas expresiones como una fuente generadora de resiliencia.

Yo tengo, quiere decir que la resiliencia se construye a través del apoyo externo, que incluye relaciones de amor y/o confianza con los otros y la posibilidad de contar con servicios de salud, educación (en la escuela) y bienestar fuera del hogar.

Yo soy o yo estoy, implica fortalezas internas que incluyen ser comprensivo y dedicado, ser respetuoso de los otros y de uno mismo; confiar en que los problemas pueden resolverse y nunca perder la fe o la esperanza.

Yo puedo, se basa en adquirir destrezas interpersonales y de resolución de problemas, capacidad de pedir ayuda, de abordar los propios sentimientos y conductas, y de resolver problemas tanto interpersonales como escolares o laborales.

La autora explica el significado de estas expresiones de la manera siguiente:

Yo tengo

- Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente;
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas;
- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder;
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo;
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.



ESQUEMA: Modelo de Resiliencia de Edith Grothberg

Yo soy

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño;
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto;



- Respetuoso de mí mismo y del prójimo;
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan;
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

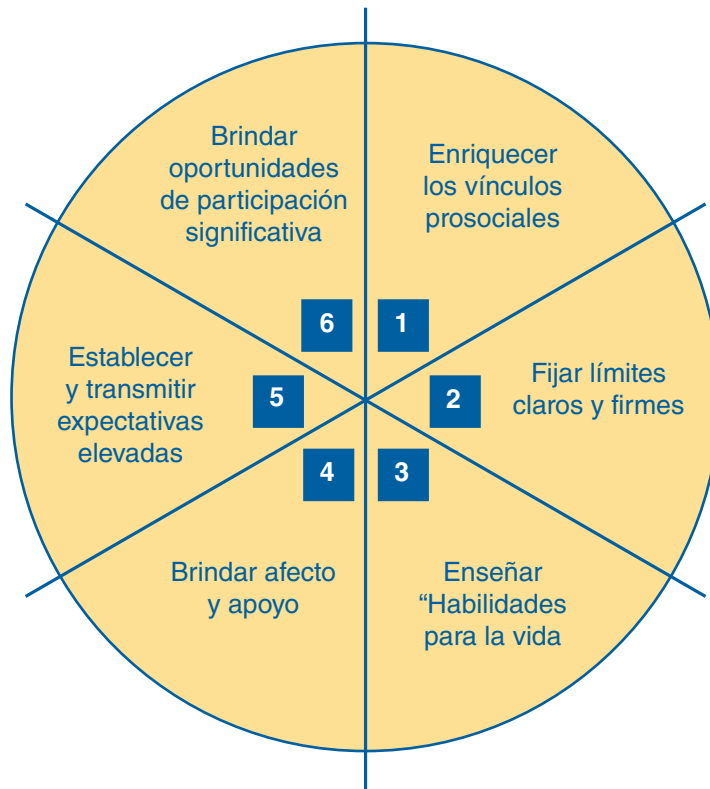
Yo estoy

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos;
- Seguro de que todo saldrá bien;
- Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo;
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

Yo puedo

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan;
- Buscar la manera de resolver mis problemas;
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien;
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar;
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito;
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres;
- Sentir afecto y expresarlo.

Modelo de la rueda de la resiliencia (Nam Henderson y Mike M. Milstein, 2003)



ESQUEMA: Modelo de la Rueda de la Resiliencia



Estrategia de seis pasos para promover la resiliencia en el colegio

Los colegios son ambientes claves para que las personas desarrollen la capacidad de sobreponerse a la adversidad, se adapten a las presiones y problemas que enfrentan y adquieran las competencias- social, académica y vocacional- necesarias para salir adelante en la vida. Sobresalen seis aspectos relevantes que muestran de que modos los colegios así como las familias y comunidades, pueden aportar los factores protectores ambientales y las condiciones que fomentan los factores protectores individuales.

Técnicas para mitigar el efecto del riesgo en el ambiente

1. Enriquecer los vínculos

- Fortalecer conexiones con alguna persona o actividad prosocial;
- Los niños con fuertes vínculos positivos incurren menos en conductas de riesgo;
- Hacer hincapié en la necesidad de vincular a los alumnos con el rendimiento escolar conectándolos con su estilo de aprendizaje particular.

2. Fijar límites claros y firmes

- Elaborar e implementar procedimientos escolares coherentes;
- Afrontar las conductas de riesgo y explicar las expectativas de conducta claramente, indicando los objetivos que se espera cumplir.

3. Enseñar habilidades para la vida

- Fomentar la cooperación y resolución de conflictos entre pares;
- Desarrollar estrategias de resistencia y asertividad;
- Enseñar destrezas comunicacionales, habilidad para resolver problemas y adoptar decisiones;
- Desarrollar estrategias para un manejo adecuado del estrés.

Técnicas para construir resiliencia en el ambiente

4. Brindar afecto y apoyo

- Proporcionar respaldo y aliento incondicionales;
- Es el más crucial de todos los elementos que promueven la resiliencia, es casi imposible superar la adversidad sin la presencia de afecto;
- Este afecto no tiene que provenir necesariamente de los miembros de la familia, a menudo es brindado por los docentes, vecinos o personal sanitario;
- Los amigos y las mascotas pueden funcionar como constructores de resiliencia.

5. Establecer y transmitir expectativas elevadas

- Incorporar expectativas que sean cada vez más elevadas y realistas para no caer en el aburrimiento y en la rutina, pues lo que habitualmente ocurre es que muchos escolares son objeto de expectativas poco realistas y asumen bajas expectativas para ellos mismos.



Lo mismo sucede con los educadores, que critican el hecho de que sus habilidades y su potencial a menudo no se reconocen o se subestiman.

6. Brindar oportunidades de participación significativa

- Otorgar a los alumnos, a sus familias y al personal escolar un alto valor de responsabilidad de lo que ocurre en el colegio;
- Dar oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones, planificar, fijar metas y ayudar a otros;
- Este medio de construir resiliencia promueve un cambio escolar dirigido a que la enseñanza se vuelva más práctica, el currículum más pertinente al mundo real, y las decisiones se tomen con la participación activa de todos los miembros de la comunidad escolar.

PARA RECORDAR



EL AFECTO es el principal elemento promotor de la RESILIENCIA en niños y adolescentes

Autoevaluación

- ¿Qué es la resiliencia?
- ¿Se puede fortalecer la resiliencia?
- ¿Cómo conocer el grado de resiliencia de sus alumnos?
- ¿Cuál es la metodología a seguir para fortalecer la resiliencia?

Bibliografía

1. Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez Ojeda EN, Infante F, Grotberg E. OPS, septiembre de 1998
2. Cordini M. La resiliencia en adolescentes de Brasil. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales 2005;3(1):enero-junio.
3. Mejía R. Resiliencia, ¿ilusión o realidad? Revista CES MEDICINA 2008;17(1):57-62.
4. Vinaccia S, Quiceno JM, Moreno E. Resiliencia en adolescentes. Revista Colombiana de Psicología 2007;16: 139-146.
5. Quintana A., Montgomery W, MalaverC. Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. Revista de Investigación en Psicología 2009; 12(1):153-171.
6. Quintana A, Montgomery W, Yanac E, Sarria C, Chávez H, Malaver C, Soto J, Alvites J. et al. Efectos de un modelo de entrenamiento en autovalía sobre la Conducta resiliente

- y violenta de adolescentes *Revista de Investigación en Psicología* 2007;10(2):43-69.
7. Mario Bulnes B., Carlos Ponce D., Rosa Huerta R., Carmen Álvarez T., Willy Santiváñez O., María Atalaya P., Jaime Aliaga T., José Morocho S. Resiliencia y estilos de socialización parental en escolares de 4.º y 5.º año de secundaria de Lima. Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología* 2008; 11(2):67 – 91.
 8. Salgado Lévano AC. Métodos e Instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana *LIBERABIT*. 2005; 11: 41-48.
 9. J. Cornellà i Canals y A. Llusent i Guillemet. Un nuevo enfoque en la prevención en la salud integral de los adolescentes: la resiliencia. www.rehueong.com.ar/archivos/RESILIENCIA.doc.
 10. González Arratia López Fuentes NI, Valdez Medina JL, Oudhof van Barneveld H, y González Escobar S. Resiliencia y salud en niños y adolescentes *CIENCIA ergo sum*, 2009;16(3):247-253 Mex.

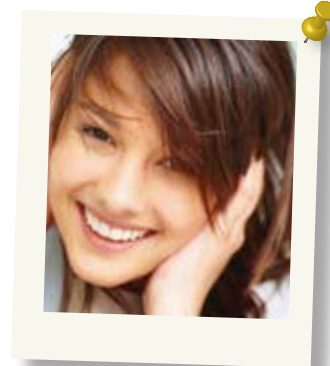
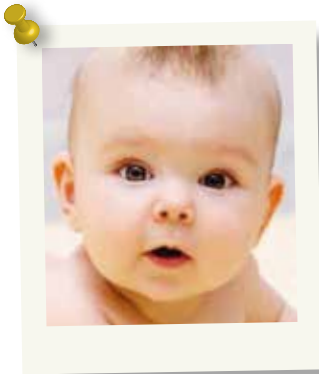


3.6. Desarrollo psicológico del niño y del adolescente

Dra. Marcelina H. Rosas Cárdenas

Objetivos

- Conocimiento del desarrollo humano y su importancia;
- Revisión de las teorías del desarrollo humano. Características, semejanzas y diferencias;
- Etapas del desarrollo emocional del niño y del adolescente;
- Características y evolución psicológica de la etapa prenatal. Psiquismo fetal;
- Características de la infancia. Importancia de la figura materna en el desarrollo del niño. Gratificación y privación afectiva;
- Aspectos psicológicos de la etapa de la niñez intermedia. Características más relevantes;
- Importancia de los cambios psicológicos en la niñez y adolescencia.



Desarrollo humano

A. Concepto

El desarrollo humano estudia los cambios operantes de nuestra vida que a continuación señalamos:

- a) Físicos;
- b) En la personalidad;
- c) En nuestra manera de pensar;
- d) De nuestros sentimientos;
- e) De nuestras relaciones interpersonales;
- f) De los roles que desempeñamos en los diferentes períodos de nuestras vidas.

El desarrollo, en general, del ser humano, se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características especiales y que cada una de ellas se entrelazan con las siguientes, no existiendo una delimitación entre ellas, de cuando se inicia y termina con exactitud. En

ellas influyen factores individuales, sociales y culturales teniendo cada individuo su propio ritmo de desarrollo.

Se han propuesto diversas teorías para explicar la evolución del desarrollo humano. Las teorías son herramientas vitales en el estudio del desarrollo del niño por dos motivos fundamentales:

1. Nos proporcionan marcos organizados para nuestras observaciones, sirven de guía y dan un significado a lo que observamos;
2. Las teorías, que son verificadas por la investigación, nos brindan una base sólida para una acción práctica, ayudándonos a entender el desarrollo, que nos lleva a una mejor posición para saber qué hacer para mejorar el bienestar y tratamiento de los niños.

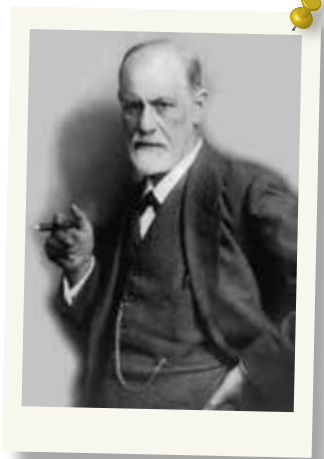
B. Teorías del desarrollo

En el presente capítulo, por la importancia que tienen no dejaremos de ofrecer un esquema del desarrollo infantil, según las más representativas escuelas que investigaron sobre el desarrollo Infantil del niño y del adolescente, que tienen relevancia hasta la actualidad.

- Teoría psicoanalítica: S. Freud, A. Freud, Melaine Klein, Spitz etc.;
- Teoría psicossocial: Erik Erikson;
- Teorías del aprendizaje: Pavlov, Skinner, Bandura etc.;
- Teorías humanísticas: Buhler, Maslow, Rogers;
- Teorías cognitivas: Desarrollo Cognitivo de Piaget;
- Teorías etológicas: Lorenz, Klaus, Kennet John Bowbly, Hinde etc.

1. Teoría psicoanalítica

El Psicoanálisis es una terapia y una doctrina basada en la obra de Sigmund Freud (1856-1939), quien formuló su teoría basándose en el análisis de la historia de la vida de sus pacientes afectados de trastornos emocionales, y se refirió a los motivos inconscientes; al analizar estos motivos y los hechos que lo causaron, Freud llegó a la conclusión de que el desarrollo humano es un proceso de conflicto: somos criaturas biológicas con **instintos sexuales** y **agresivos** primarios que deben satisfacerse, sin embargo, la sociedad ordena que mucho de estos instintos deben restringirse. Según Freud, la forma en que los padres controlan esos impulsos en los primeros años de vida, contribuyen decisivamente a formar la personalidad de su hijo.



La teoría psicosexual de Freud propone que los tres componentes de la personalidad: **ello** (id), **yo** (ego) y **súper-yo**, se desarrollan gradualmente y se van integrando poco a poco en las cinco etapas de su desarrollo psicosexual. Solo el **ello existe** en la etapa del nacimiento, su única función es la satisfacción inmediata de instintos biológicos innatos.

El **yo** es el componente consciente y racional de la personalidad, refleja las capacidades incipientes de percibir, aprender, recordar y razonar. Su función consiste en encontrar medios realistas de gratificar los instintos.



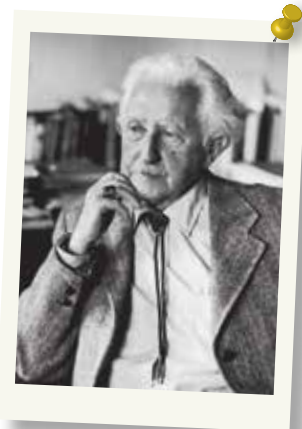
El súper-yo es la sede de la conciencia, emerge entre los 3 a 6 años de edad en la que el niño internaliza (haciendo suyos) los valores morales de sus padres.

Etapas de desarrollo psicosexual

Etapa Psicosexual	Edad	Descripción
Etapa oral	Del nacimiento a 1 año	La zona erógena se centraliza en la boca, generando placer el succionar, mascar y morder. Las actividades relacionadas con la alimentación son muy importantes con repercusiones en la vida adulta.
Etapa anal	De 1 a 3 años	La micción y la defecación se convierten en los métodos primarios de satisfacción del instinto sexual.
Etapa fálica	De 3 a 6 años	El placer proviene de la estimulación genital. Deseo incestuoso por el progenitor del otro sexo. (Complejo de Edipo en el hombre y el de Electra en la mujer).
Periodo de latencia	De 6 a 11 años	Los conflictos sexuales son reprimidos y los impulsos eróticos son encausados hacia el trabajo escolar y el juego. El Yo y Súper yo continúan desarrollándose conforme el niño va desarrollando habilidades ,resolución de problemas e internalizando valores sociales
E. genital adolescencia	De 12 años a mas	El instinto sexual vuelve a despertar. Aprendizaje de la expresión según normas sociales aceptadas

2. Teoría psicosocial de Erik Erikson

Erik Erikson (1902-1994), psicoanalista, aceptó muchas ideas de Freud, pero puso de relieve los factores socioculturales de la personalidad en su teoría del desarrollo psicosocial. Erikson insistió en que los niños son exploradores activos y curiosos que tratan de adaptarse al ambiente, no esclavos pasivos de impulsos biológicos moldeados por los padres. Catalogado como un psicólogo del **ego**, por estar convencido de que en cada etapa de su vida las personas han de enfrentar realidades sociales (en función del ego). El ego no es un mero mediador entre las demandas del ello y del súper yo. Consideró que a lo largo de la vida experimentamos ocho grandes crisis a las que llamó etapas psicosociales. Las cinco primeras etapas son paralelas a las señaladas por Freud pero que estas no terminan en la adolescencia o en la adultez temprana como las de Freud. Erikson pensaba que los problemas de los adolescentes y adultos, son muy distintos a los que enfrentan los padres





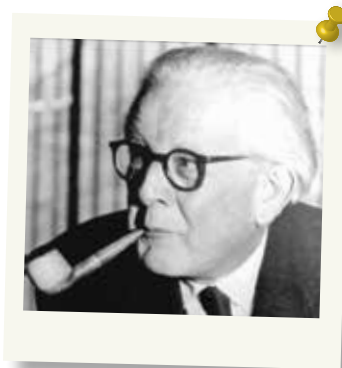
que están criando niños o los ancianos que no se resignan a la jubilación, al sentimiento de futilidad ni al final de la vida. El ser humano debe ser capaz de enfrentar y solucionar los problemas de cada etapa. La solución adecuada fortalece al yo, la solución incompleta o inadecuada genera que afronte la siguiente etapa con un yo dañado.

Etapas del desarrollo psicosocial

Teoría Psicosocial	Periodo del Desarrollo	Etapas Psicosexuales Correspondientes
1. Confianza básica versus desconfianza	Nacimiento – 1 año	Oral
2. Autonomía versus vergüenza y duda	1 a 3 años	Anal
3. Iniciativa versus culpabilidad	3 a 6 años	Fálica
4. Laboriosidad inferioridad	6 a 11 años	Periodo de latencia
5. Identidad difusión de la identidad	Adolescencia	Genital-adolescencia
6. Intimidad aislamiento	Adulthood temprana	
7. Creatividad versus estancamiento	Adulthood media	
8. Integridad del Yo versus desesperación	Vejez	

3. Desarrollo cognitivo de Jean Piaget

Jean Piaget (Suiza 1896-1980), estudia fundamentalmente la operación intelectual tal y como se presenta al observador a lo largo de las diversas asimilaciones del niño. En su teoría precisa al máximo los términos al definir un **estadio**. Para considerar que existe un estadio lo primero que se requiere es que el orden de sucesión de las adquisiciones sea constante. Insiste claramente que no se trata de un orden cronológico sino de un orden sucesivo. Todo estadio debe ser integrador. Esto es, que las estructuras elaboradas en una edad determinada se conviertan en una parte integrante de las de los años siguientes. Comprende una estructura de conjunto y no la yuxtaposición de propiedades extrañas unas a otras, comprende un nivel de preparación y uno de terminación.



Estadios del desarrollo según J. Piaget

I. Primer período, de la inteligencia sensorio-motriz, (0 a 24 meses), anterior al lenguaje y al pensamiento propiamente dicho. Las reacciones del niño están íntimamente unidas a tendencias instintivas como la nutrición, la reacción simple de defensa, etc. Aparecen los primeros hábitos elementales que no se repiten sino que incorporan nuevos estímulos que pasan a ser asimilados. Es el punto de partida para la organización de los esquemas.



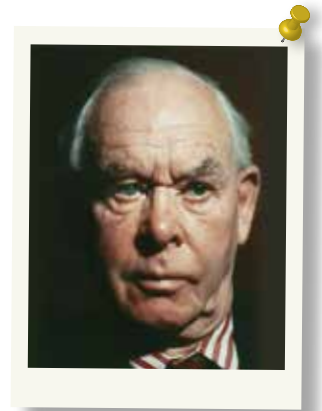
II. Periodo preoperatorio, (2 a 7 años), a los 18 meses el niño ya puede imitar algunos modelos con algunas partes del cuerpo que no percibe directamente. A medida que se desarrolla la imitación y la representación, el niño puede realizar los llamados “**actos simbólicos**”. Es capaz de integrar un objeto cualquiera en su esquema de acción como sustituto de otro objeto.

III. Periodo de las operaciones concretas, (7 a 11 o 12 años), señala un gran avance en cuanto a socialización. Aun el niño teniendo que recurrir a la intuición y a la propia acción ya sabe descentrar lo que tiene efectos tanto en el plano cognitivo como afectivo o moral. El niño concibe los sucesivos estadios de un fenómeno, de una transformación, como **modificaciones** que pueden compensarse entre sí o bajo el aspecto de **invariante**, que implica la reversibilidad.

IV. Periodo de las operaciones formales. La adolescencia, (11 a más años), en relación al intelecto, hay que subrayar del pensamiento formal por lo que se hace posible una coordinación de operaciones que anteriormente no existía. La principal característica del pensamiento a este nivel es la capacidad de prescindir del pensamiento concreto, para situar lo actual a un más amplio esquema de posibilidades.

4. Teoría del apego: John Bowlby, Spitz y Wolf

«Consideramos esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño tengan la vivencia de una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto materno permanente), en la que ambos hallen satisfacción y goce».



J. Bowlby, 1998

Bowlby, Spitz, Wolf y otros, estudiaron las consecuencias experimentadas por los niños que por circunstancias diversas sufrían la separación prolongada de sus madres sin contar con una madre sustituta y estar, por ejemplo, en un internado, una hospitalización por tiempo más o menos largo, o iban a parar a un orfanato. En los casos de institucionalización sin figura sustituta adecuada, se detectaron numerosos trastornos en el desarrollo físico, social, afectivo y cognitivo.

Esta teoría del apego, vertebrada por Bowlby, descansa en dos pilares básicos: el valor que tiene el establecimiento de vínculos intensos y duraderos que tiene todo ser humano para la supervivencia del individuo y la especie, y lo devastadoras que pueden resultar física y emocionalmente las separaciones, rupturas o amenazas de alteración de dichos vínculos. El recién nacido llora, sonríe, balbucea, mantiene la mirada y se agarra instintivamente a la madre en busca no solo de alimento, sino también de protección y amor, ampliamente descrito en su obra “Cuidados maternos y salud mental”.

Los padres tienen una clara ventaja sobre su hijo, cuando se trata de establecer vínculos afectivos estrechos. Desde antes del nacimiento muestran su disposición a crear el apego: alegría al referirse al futuro hijo, hacen grandes planes para él y su gozo en los hitos del desarrollo (sentir las pataditas, observar su imagen en el ecógrafo etc.), y el nacimiento intensifica los sentimientos positivos ya existentes. Un lazo afectivo auténtico se forma lentamente a través de las interacciones entre progenitor- hijo, que ocurre en los primeros

meses y que puede llegar a ser muy íntimo aun no existiendo un contacto temprano entre ellos.

C. Etapas del desarrollo

En general, se considera que las etapas del desarrollo del niño y el adolescente son las siguientes:

a. Desarrollo Infantil

1. Periodo prenatal: de la concepción al nacimiento;
2. Infancia: del nacimiento hasta los 2 años;
3. Niñez temprana: desde los 3 años hasta los 5 años;
4. Niñez intermedia: desde los 6 años hasta los 11 años.

b. Adolescencia

Desde los 11 hasta los 19 años.

A.1. Periodo prenatal

A.1.1. Psiquismo fetal

Etapa comprendida desde la concepción hasta el nacimiento. **Freud** ya esbozaba la posibilidad de que la vida mental del niño se iniciaba mucho antes de lo que se suponía. **Otto Rank** señalaba que en el psiquismo fetal existía la sensibilidad de registrar y reproducir en la vida adulta, simbólicamente, el proceso de nacimiento, experimentado como el primer trauma: “**el trauma del nacimiento**” que implica que en ese momento el niño posee un tipo de organización psíquica que le permita percibir el conjunto de experiencias que forman el proceso del parto.



En los últimos años existen estudios e investigaciones como los de Arnaldo Raskovsky, Chiozza, Ployé, Feher etc. que confirman que existe una actividad psíquica antes del nacimiento, que puede constituir la base psicológica sobre la conformación de la personalidad. Raskovsky, uno de los grandes estudiosos latinoamericanos sobre el psiquismo fetal, señalaba:

«Aprendí que es inconcebible que al nacimiento empiecen las teorías genéticas sobre lo mental, ignorando o casi negando lo que ocurre en el feto durante nueve meses de estadía en el vientre materno»

El componente psíquico evoluciona paralelamente al del sistema nervioso central.



1	<u>Periodo de mielinización</u>	Relacionado con el proceso de la conducta
2	<u>Periodo de reflejos fetales</u>	Desde la 7 - 8va semana ya se producen reflejos en el feto
	a). Reflejos evitativos	Señalados como defensivos contra estímulos intensos, ruidos fuertes, gritos etc.
	b). Reflejos aproximativos	Acercamiento al estímulo.(ej. sonidos suaves)
	c). Conductas fetales	El último paso. Conductas espontáneas : degustación, succión etc .Secuencias de la conducta oral post-natal de la alimentación

A.1.2. Relación madre-feto

La relación positiva (afectuosa, gestación deseada, etc.), es muy importante y de trascendencia en el desarrollo del niño. Nilson, Rottman y Lukessch señalan que la gestación no deseada incide posteriormente en anomalías en el desarrollo del niño, describiendo algunos como :

- 1). **Síndrome de apatía del neonato:** bebes con poca movilidad y exceso en el dormir;
- 2). **Síndrome hiperactivo:** bebes con excitabilidad, llanto continuo y gritos;
- 3). **Anomalías en hábitos alimenticios;**
- 4). **Inclinación a la devolución del alimento.**



A.2. Infancia, (0 – 2 años)

Comprendida desde al nacimiento hasta los 2 años de edad. En la teoría psicoanalítica la primera fase denominada **fase oral** (0-12 meses), el objeto de pulsiones es el seno materno lo cual genera una satisfacción libidinal, existiendo una necesidad fisiológica de ser alimentado a través de de la succión que es la actividad más gratificante y absorbente, existe una relación de retroalimentación psicológica **madre-niño**. La lactancia cumple una doble función: la alimenticia y la afectiva expresando claramente su satisfacción emocional luego de la satisfacción alimenticia.

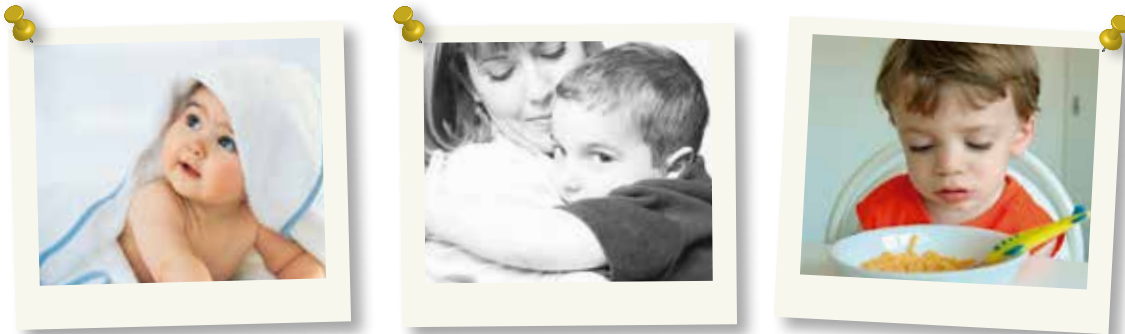


Melanie Klein describe como **pecho bueno** aquel en el que el niño experimenta satisfacción, y gratificación emocional por una actitud afectuosa frente al bebé, ello va a favorecer el primer yo fragmentado interno del bebé, básicamente relacionado con el

afecto. El **pecho malo** es aquel que genera frustración, insatisfacción, pulsiones de muerte vividas como peligrosas y proyectadas al exterior.

La integridad del yo se va a dar con la introyección del pecho bueno que sembrarán los pilares de la seguridad emocional en el niño.

Spitz: organizadores del desarrollo. Aparición de la sonrisa entre los 2 a 3 meses). El yo-no- yo a los 8 meses. La angustia frente a los extraños a los 8 meses. La aparición del NO a los 2 años (expresado con gestos y palabras de rechazo). La separación materna brusca genera en el niño la “depresión anaclítica” (niño con mirada perdida, echado, inerte, semejante al estupor, insomnio e inapetencia).



John Bowlby. La privación materna (afecto materno) genera hondos efectos en la salud mental y en personalidad del niño. En la segunda y cuarta semana, a veces con días de separación, no sonríen a las personas. La separación desde muy temprana edad desvía la norma del desarrollo y se acentúa cada vez más, descenso en el C.D? 124 - 75 - 45 en los primeros meses de vida. Las reacciones adversas de niños en instituciones van desde la disminución de la reactividad (8-12 semanas) hasta retraso relativo del lenguaje (12- 15 meses).

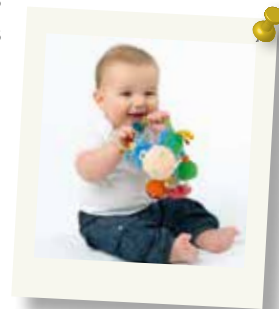
Erick Erickson señala que las motivaciones y necesidades psicosociales son fuerzas que impulsan el desarrollo humano. Los niños son capaces de resolver sus necesidades y conflictos.

En esta edad se involucran las dos primeras etapas:

1. Confianza frente a desconfianza (0 a 1 año)

La adquisición de **confianza** en las figuras que le brindan protección, afecto, sustento etc. favorece la introyección de un elemento positivo (+), para el desarrollo del **yo**.

La no satisfacción lleva a la desconfianza estructurándose un elemento negativo (-), que lleva al niño con un yo dañado a la siguiente etapa.



2. Autonomía frente a vergüenza (1 a 2 años)

Jugar, explorar solos les lleva a: adquirir cierto grado de independencia (+).

Restricción exagerada: vergüenza, duda sobre sus propias capacidades (-).

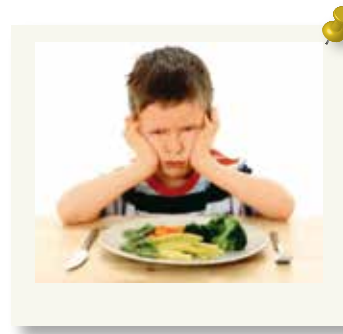
Desde la lactancia a una alimentación racional

El niño debe superar una larga línea de desarrollo antes de alcanzar el punto en que es capaz, por ejemplo, de regular de modo activo y racional la ingestión de los alimentos



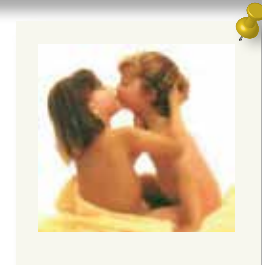
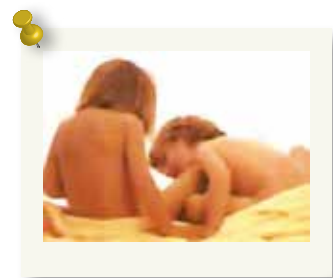
(cantidad y calidad) con sus propias necesidades y apetito de manera independiente de sus relaciones con la persona que lo alimenta, y de sus fantasías conscientes e inconscientes.

1. **Del pecho al biberón:** al existir interferencia en la satisfacción de sus necesidades y ansiedades maternas, se estructuran los primeros trastornos perdurables en relación a la alimentación.
2. **Destete:** el destete tiene que ser progresivo para favorecer la adaptación del bebé. Si se realiza en forma abrupta genera en el niño protesta por la privación oral lo cual trae consecuencias negativas en relación al placer normal por la comida.
3. **La transición de que lo alimenten** a comer por sí mismo, cuando “la comida” y “mamá” se identifican entre sí.
4. **Comer por sí solo:** cuando la madre está en desacuerdo con la forma de comer del niño, adopta actitudes de reproche, exigencias, gritos etc. (la hora de la comida se convierte en un campo de batalla) el niño como mecanismo defensivo frente a la actitud materna rechaza la comida por identificar **comida = agresividad**.
5. **La desaparición gradual** de la razón comida = mamá se va evidenciando en el período edípico.



A.3. Niñez temprana, (3 – 5 años)

Teoría psicoanalítica: nos habla de la **sexualidad Infantil** y señala que las zonas erógenas están representadas por los genitales, el pene, el clítoris, los labios etc. Así mismo, señalan que la fase uretral, previa a la fálica está representada por el placer experimentado por el paso de la orina. Los niños experimentan curiosidad por sus genitales y la comparación entre ellos. En esta etapa se da la masturbación infantil, etapa normal del desarrollo psicosexual del niño. Las amenazas y castigos de parte las figuras parentales a la observación de la masturbación puede generar **temores de pérdida**.



Melaine Klein señala que las zonas erógenas están presentes desde el inicio del desarrollo de los niños.

Fase edípica: etapa en la que se da el complejo edípico; madre- niño- padre, cuya solución adecuada es la introyección del padre bueno que fortalecerá el **yo** y se logra la identidad de género.

Eric Erickson

Iniciativa frente a culpa. Capacidad motriz e inteligencia.

El niño explora cosas nuevas: mayor responsabilidad en iniciar y realizar tareas (+).

La no aceptación por su iniciativa, genera culpa por su comportamiento (-).

El niño en su desarrollo tiene que enfrentar situaciones nuevas.

Nacimiento de un nuevo hermano

Temores de perder el afecto materno, adopta actitudes regresivas (volverse a orinar, subirse a la cuna, demanda excesiva de atención materna y presencia de rivalidad fraterna).

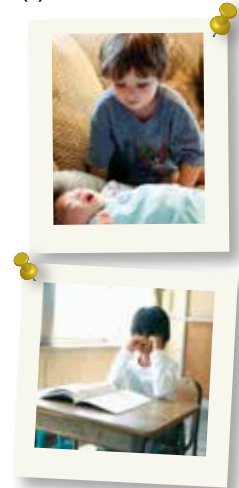
Ingreso al jardín de infantes

El ingreso a la socialización y la primera separación madre- niño. Es normal el temor inicial, pero logra su adaptación frente a actitudes afectivas en el entorno escolar. Algunos niños experimentan “la ansiedad de separación” (llanto constante difícil de calmarse, ansiedad, pánico y gran temor) por inseguridad de afecto y temores de abandono.

La hospitalización

Situación vivida como traumática, que disminuya por la compañía permanente de la madre o la sustituta.

La disposición del niño a enfrentar las nuevas situaciones se considera como resultado directo del progreso de las líneas de su desarrollo.



Si se han cumplido



Beneficio y construcción

Si NO se han cumplido en todas o en algunas de las líneas.



perplejo, oprimido, no se podrá prevenir su inquietud, infelicidad sentimiento de fracaso.

A.4. Niñez intermedia (6 – 11 años)

El psicoanálisis señala esta etapa del desarrollo psicosexual como periodo de latencia en la cual existe una calma sexual no absoluta, no se interrumpe el desarrollo, se mantiene latente.

El ello se aplaca y el súper-yo se refuerza. En esta etapa hay mayor expansión cultural, se produce el desarrollo de los procesos cognitivos, aumento de los conocimientos y preparación para la vida futura.



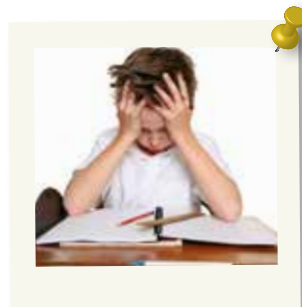
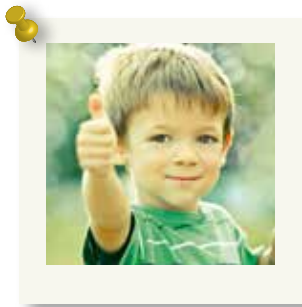
Teoría psicosocial

Industria frente a Inferioridad

La etapa del cumplimiento de demandas básicamente en el hogar y la escuela.

Sentimiento de valía frente a los logros que reforzado con el reconocimiento de las figuras de su entorno genera en el niño un aspecto positivo que refuerza el Yo. (+)

La no realización de los logros, genera un sentimiento de inferioridad, con un elemento negativo al Yo. (-)



B. Pubertad y adolescencia (11-19 años)

Pubertad

Psicoanálisis: en esta etapa hay grandes cantidades de excitación sexual en fines semejantes a la del adulto. El proceso de masturbación a esta edad puede generar sentimientos de culpa vinculados al complejo de Edipo. Con la superación del complejo de Edipo, el objeto libidinal es extrafamiliar y no incestuoso. En la prolongación de la pubertad, con la consiguiente no adaptación a la realidad, los adolescentes presentan un deseo insaciable de meditar, hablar continuamente del amor libre, fundamentos de la vida, libertad de vocación etc.



Teoría psicosocial: (12 – 19 años)

Etapa de **identidad frente a confusión de roles**

Identidad : Fuerte sentido de ellos mismo, fortalecimiento del Yo (+)

Confusión de roles, el Yo avanza a la siguiente etapa con un daño agregado a la estructura del Yo (-)

El desarrollo intelectual es brusco y sorprendente.

Adolescencia vivida como crisis:

En esta etapa existe una irrupción en la tranquilidad del crecimiento. Existen posiciones dinámicas extremas, cambiantes que dan a este período un aspecto de tumulto de transformaciones



Agurriaguerra: Señala que el crecimiento puede darse como:

A	Con crecimiento continuo	Los adolescentes se sienten satisfechos de ellos mismos, no experimentan manifestaciones de ansiedad o depresión ni conflictos intrapsíquicos importantes.
B	Con crecimiento a Oledas	Existe inclinación a la depresión y pérdida de autoestima.
C	Con crecimiento tumultuoso	Evidencias ansiedad y depresión mas importante que la anterior.

Proceso de separación- individuación

- El adolescente se separa de los objetos interiorizados para amar a los objetos exteriores y familiares;
- El adolescente se halla entre el pasado y el futuro (entre la infancia y la vida adulta);
- En la adolescencia tardía se realiza la consolidación de funciones e intereses del yo y la estructuración de la representación de sí mismo.

Significado de los cambios corporales

La intensidad de los efectos psicológicos depende de muchos factores

Rapidez de los cambios:	Frecuentemente no están preparados para el cambio, no reconocimiento de su verdadero valor, por sobreestimar el valor de los rasgos físicos.
Falta de preparación:	Deficiente información recibida determinante para la actitud frente a los cambios.
Ideal infantil:	La desviación o alejamiento del ideal deseado por el niño genera mayor perturbación y sufrimiento.
Expectativa social:	Existencia de discrepancia entre lo cultural y la edad cronológica puede generar dificultades para la persona y el grupo social



Grado de inseguridad emocional

Aspecto físico:	Facilita o dificulta su seguridad social. El adolescente experimenta mayor inseguridad y ansioso de ser aceptado lo que puede hacer mas notables los efectos psicológicos, siendo frecuente los “sobrenombres.”
Comparación constante con sus compañeros:	Generando sufrimiento si su desarrollo está por debajo de sus contemporáneos, preguntándose ¿soy normal?.
El tipo constitucional:	Si es similar a los de su edad puede generar sufrimiento, inseguridad y ser objeto de apodos y burlas.

Confusión entre lo normal y patológico

Normal	Patológico
El adolescente experimenta frustraciones, inseguridad pero existe la lucha por su independencia (generándose conflictos con los padres), problemas conductuales.	Existencia de antecedentes de dificultades en el desarrollo de etapas anteriores.
Aislamiento que disminuye o desaparece con el desarrollo con antecedentes de desarrollos adecuados en estadios anteriores.	Presencia de síntomas psicóticos. Deterioro notorio de funciones sociales.
	Antecedentes familiares de trastornos mentales.

La presencia de síntomas psicopatológicos en el adolescente deben ser considerados como enfermedad mental y no considerarlos como propios de la etapa de la adolescencia, pues existe la consecuencia de que la enfermedad se agrave al no recibir la atención especializada en el momento adecuado.

Autoevaluación

- ¿Cómo define el desarrollo humano y su importancia?
- ¿Qué teorías conoce que explican el desarrollo humano?
- ¿Cuál es la importancia y trascendencia actitudinal de la madre hacia el niño en la etapa infantil?
- ¿Cuáles son las repercusiones psicológicas de la no resolución de conflictos en la etapa de la niñez intermedia?
- Mencione los cambios biológicos, sociales y psicológicos que se generan en el adolescente.



Bibliografía

1. **ShaferD, Kipp K.** Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia. 7ma Ed. University of Georgia. CENGAGE Learning 10.09.08.
2. **Berk. Laura** Desarrollo del niño y del adolescente. 4ta Ed. Illinois. State University. Prentice Hall Iberia. Madrid 1999.
3. **Rice. F. Philip.** Desarrollo humano. Estudio del Ciclo vital. 2da Ed. University of Maine. Pearson Prentice Hall Hispanoamérica S.A.
4. **J. de Ajuriaguerra.** Manual de psiquiatría Infantil .Faculté de Médecine de Genève. 3era Ed. MASSON S.A. 1987.
5. **Tallaferro.A.** Curso básico de psicoanálisis, 3ª Ed. Buenos Aires. 1970.
6. **Bowlby J.** Cuidados maternos y la salud mental. Editorial Humanitas. Buenos Aires. Argentina
7. **La Fuente M, Lopez M.** Vinculaciones afectivas, apego, amistad y amor. Universitat de Valencia. Ediciones Pirámide. Madrid 2010.
8. **Mardomingo María J.** Psiquiatría para padres y educadores. 2da Ed. Narcea S.A. Ediciones Madrid. 2003.
9. **Castro. M. Jorge.** Psiquiatría de niños y adolescentes. Editado por Universidad Peruana Cayetano Heredia 2009.

3.7. Conducta de riesgo en escolares

Objetivos

- Conocer con exactitud el significado de la conducta de riesgo;
- Conocer los factores positivos y negativos relacionados con la conducta de riesgo;
- Hacer conocer a la población escolar a cargo, el riesgo del maltrato intrafamiliar, trastornos alimenticios, abuso sexual, embarazo a temprana edad y drogadicción;
- Detectar a los alumnos con conducta de riesgo;
- Importancia del concurso de los padres para detener las conductas de riesgo;
- Considerar la importancia del concurso del psicólogo.

Las conductas de riesgo en escolares son los actos repetidos que, superando ciertos límites sociales, pueden comprometer su vida o el desarrollo bio psicosocial y espiritual. Debe contemplarse el cuestionamiento de normas, explorar límites, intimidad no aconsejable, vivir el riesgo y nuevas emociones, además de redefinir valores y modos de relacionarse, las que son formas comunes de conducta desafiante a esta edad.

Diversos autores han señalado que esta nueva enfermedad se define en un decálogo, que cual rostro enfermizo incluye el fracaso escolar, el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y anabolizantes; el embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual; el maltrato físico y emocional, la depresión y el suicidio, la falta de ejercicio físico, los accidentes, la violencia y los trastornos en la alimentación.



La conducta de riesgo del adolescente se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país, sustento de ello es el 13% de embarazos que ocurren en adolescentes; la elevada cantidad de niños y adolescentes que dejan las aulas o repiten anualmente; el elevado número de menores que trabajan; la frecuencia de consumo de drogas ilegales, y la existencia de alrededor de 1500 adolescentes privados de libertad en centros juveniles por problemas con la ley.

Nuevo rostro de la enfermedad



Factores protectores y resiliencia

Han sido definidos como aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado.

Este término comienza a usarse con algunos conceptos psicoanalíticos como el de **fuerza del yo**, que se refiere a la capacidad interna de enfrentar situaciones estresantes. En el mismo sentido se han referido aquellas experiencias que promovían el crecimiento y desarrollo personal. E. James Anthony inició una investigación longitudinal en 141 niños que tenían padres con psicosis funcionales como esquizofrenia o enfermedad maníaco depresiva. Él y su equipo concluyeron que podían identificarse a los niños altamente vulnerables, quienes se identificaban e involucraban con el padre enfermo tenían tendencia a desarrollar una personalidad sugestionable y sumisa, que incorporaban la visión distorsionada de la realidad de su progenitor. En contraposición, los niños poco vulnerables tendían a mantenerse alejados del padre enfermo, evitando adoptar la visión del mundo de este, y desarrollaban una personalidad no sumisa. Al evaluar el nivel de ajuste posterior de estos niños, se encontró que el 62% de los niños poco vulnerables se adaptaban bien, en comparación a solo el 10% de los vulnerables.



Entre los factores protectores se puede mencionar:

- Una relación emocional estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo;
- Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia (parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares);
- Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros;
- Modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas, apoyados por los padres, hermanos, profesores o amigos;
- Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro (por ejemplo, en el cuidado de parientes enfermos, apoyo escolar a otros, trabajo en la comunidad);
- Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista);
- Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, y capacidades verbales adecuadas para comunicarse);
- Experiencias de autoeficacia, con locus de control interno, confianza en sí mismo, y autoconcepto positivo;
- Actitud proactiva frente a situaciones estresantes;
- Experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, ideología, coherencia de valores).

Los cinco ámbitos interrelacionados que promueven la resiliencia son:

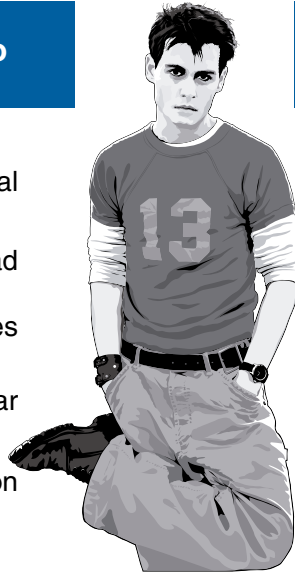
1. Redes de apoyo social que acepten incondicionalmente al niño en cuanto a persona;
2. Capacidad para averiguar el significado de la vida, en estrecha relación con la vida espiritual y la fe religiosa;
3. Aptitudes y sentimientos de tener algún tipo de control sobre la propia vida;
4. Autoestima;
5. Sentido del humor.

Uno de los factores protectores más importantes para cualquier conducta de riesgo es la calidad de interacción con la familia. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos ha concluido que la evidencia existente demuestra que la interacción negativa afecta el rendimiento escolar, la competencia social, y las relaciones interpersonales del niño.



Factores de Riesgo

Familia disfuncional
Ociosidad
Ambiente con adicciones
Violencia familiar
Falta de comunicación



Factores Protectores

Familia integrada
Relación amorosa
Comunicación
Convivencia y deporte
Ambiente libre de Drogas

Los problemas conductuales en el período preescolar varían proporcionalmente al grado de disponibilidad emocional de los padres en relación a las necesidades de sus hijos. Los padres adecuados son, generalmente, sensibles a las claves conductuales emitidas por sus hijos con respecto a sus necesidades específicas. Se ha sugerido que esta sensibilidad incluye una integración del padre con los sistemas de regulación tanto fisiológicos como psicológicos del niño. La capacidad de empatía de los padres facilita al niño mostrar sus emociones, y la aparición de conductas sociales positivas.

Otra función reguladora provista por los padres es el control y la disciplina. Los padres normales promueven el autocontrol de sus hijos a través de regular la expresión de sentimientos por parte de estos. Bowlby ha elaborado el mismo concepto a través de sus estudios acerca de cómo el tipo de vínculo y apego entre padres e hijos es central en el funcionamiento social y emocional del niño. Ha mostrado este autor cuán importante es la relación cercana entre padres e hijos especialmente en los primeros cinco años de vida, que es el período en el que se adquieren y consolidan las relaciones interpersonales primarias. Los niños que no pueden cristalizar estas en esa etapa, quedan mucho más vulnerables hacia el futuro. Lo anterior explica el rol central de la familia como uno de los elementos protectores.

La familia presta un conjunto de funciones importantes para proteger este desarrollo, funciones que han sido estudiadas y resumidas en cuatro categorías interrelacionadas, a saber:

1. Satisfacer las necesidades básicas del adolescente;
2. Función protectora;
3. Apoyo y guía para el crecimiento y desarrollo;
4. Apoyo en relación al medio externo;



Autoevaluación

¿Conoce el significado de la conducta de riesgo y sus implicancias?

¿Puede detallar los factores positivos y negativos que se relacionan con conductas de riesgo?

¿Educa usted a la población escolar a su cargo en promoción de la salud? ¿Les informa sobre el riesgo a la salud física, mental y social del maltrato intrafamiliar, los trastornos alimenticios, el abuso sexual, el embarazo a temprana edad y la drogadicción?

-¿Considera indispensable la participación de los padres en la detección de las conductas de riesgo? ¿Cómo? ¿Por qué?

Bibliografía

1. Ugarte Díaz R. Prevención del consumo de drogas en centros educativos. CEDRO, CESIP. Lima, 2005.
2. DEVIDA, Observatorio peruano de drogas. Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú. Lima, 2010.
3. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A. Adolescents and their friends Health risk behavior Factors that alter or Add to Peer Influence. Journal of Pediatric Psychology 2001;26: 287-298.
4. Jaccard J. Blanton H, Dodge T. Peer Influences on Risk Behavior: An Analysis of the Developmental Psychology 2005, 41(1): 135–147.
5. Santelli JS, Orr M, Lindberg LD. Diaz DC. Changing Behavioral Risk for Pregnancy among High School Students in the United States, 1991-2007 Journal of Adolescent Health, (July 2009).
6. Brewer NT, Weinstein ND, Cuite CL, HerringtonJE. Risk Perceptions and Their Relation to Risk Behavior. Annals of Behavioral Medicine 2004;27(2):125-130.



3.8. Violencia sexual. Acoso

Abuso sexual. Acoso

Objetivos

- Revisar con los docentes de primaria y secundaria el tema de abuso sexual;
- Desarrollar pautas de protección y prevención en la escuela, haciendo conocer a los niños el significado del abuso sexual;
- Hacer conocer a los niños las estrategias que usan los agresores y señalar los riesgos que pueden presentarse en determinadas situaciones;
- Enseñar a los niños que hay secretos que no deben guardarse, y estimular la comunicación y denuncia al percibir el riesgo o la agresión sexual;
- Recomendar a los niños que conversen el tema con sus padres;
- Enseñar a los niños a protegerse;
- Promover la vigilancia ciudadana en la cultura de prevención del abuso sexual.

Abuso sexual es cualquier acto o comportamiento de naturaleza sexual dirigido a adultos o menores de edad, hombres o mujeres, que involucre el uso de la fuerza o de cualquier otro tipo de coerción física, psicológica o emocional así como la intimidación, el chantaje, la presión indebida, el soborno, y la manipulación aprovechando el estado de vulnerabilidad de los menores.

El abuso puede ser cometido por un adulto o por una persona menor de 18 años, siempre que su edad sea significativamente mayor que la de la víctima o cuando está en una situación de poder o control. En ese sentido, la coerción (con fuerza física, presión o engaño) es un elemento muy importante para definir el abuso sexual.

Existen algunas conductas y prácticas que pueden incluirse en la categoría del abuso sexual:

- Violación (penetración en la vagina, ano o boca con el pene o cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona);
- Penetración digital (inserción de uno o más dedos en la vagina o ano);
- Exposición (mostrar los órganos sexuales);
- Caricias (tocar o acariciar los genitales y/o zonas erógenas incluyendo el forzar a hacerlo);
- Contacto genital oral;
- Propositiones sexuales explícitas.

En las adolescentes, con frecuencia, se presenta el hostigamiento o chantaje sexual que consiste en la conducta física o verbal reiterada de naturaleza sexual no deseada y/o rechazada, realizada por una o más personas que se aprovechan de una posición de autoridad o jerarquía o cualquier otra situación ventajosa, en contra de otra u otras, quienes rechazan estas conductas por considerar que afectan su dignidad así como sus derechos fundamentales.

El hostigamiento se puede manifestar:

- a) Promesa implícita o expresa a la víctima de un trato preferente y/o beneficioso respecto a su situación actual o futura a cambio de favores sexuales;
- b) Amenazas mediante las cuales se exige en forma implícita o explícita una conducta no deseada por la víctima que atente o agrave su dignidad;
- c) Uso de términos de naturaleza o connotación sexual (escritos o verbales), insinuaciones sexuales, proposiciones sexuales, gestos obscenos que resulten insoportables, hostiles, humillantes u ofensivos para la víctima;
- d) Acercamientos corporales, roces, tocamientos u otras conductas físicas de naturaleza sexual que resulten ofensivos y no deseados por la víctima;
- e) Trato ofensivo u hostil por el rechazo de las conductas señaladas.

Se sugiere a las víctimas de hostigamiento:

- Manejo de la agresión con énfasis en el entrenamiento asertivo. Ni sumiso ni agresivo;
- Procurar que el hostigamiento sexual no avance o se agrave, se recomienda comunicar a sus padres y, de ser necesario, contar con el apoyo profesional, familiar, de compañeros, amigos y autoridades;
- Promover la integración de la víctima a grupos de apoyo.

Autoevaluación

¿Es importante revisar con los docentes de primaria y secundaria el tema de abuso sexual? ¿Para qué?

¿Es conveniente enseñar a los alumnos a desarrollar guías de protección y prevención del abuso sexual? ¿Qué beneficios obtendrían sus alumnos?

¿Dentro de la prevención, cree conveniente hacerles conocer situaciones de riesgo físico y virtual que pueden presentarse en determinadas situaciones?

¿Considera importante enseñarles que hay secretos que no deben guardarse y favorecer la comunicación y denuncia al percibir el riesgo o la agresión sexual?

¿Se debe incluir en esta educación a los padres? ¿Por qué?

¿Debe extenderse el trabajo educativo a la comunidad? Explique las razones.

Bibliografía

1. La prevención y sanción del hostigamiento sexual. Manual de asistencia técnica en políticas de prevención y sanción del hostigamiento sexual. Lima, Perú, 2008.
2. Carta de los derechos del niño. Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. UNICEF.
3. Guía del docente. Orientación en sexualidad y prevención de ITS, VIH y SIDA para adolescentes. Instituto de Medicina Tropical. UNMSM. Lima, 2008.
4. Vanetza Quezada, Ricardo Neno, Jorge Luzoro. Abuso sexual infantil. ¿Cómo conversar con los niños? Ediciones de la Universidad Internacional SEK, Stgo de Chile, 2006.



CAPÍTULO IV

Salud mental

- 4.1 El grupo social y el niño en la escuela.
- 4.2 Temperamento y rasgos de personalidad en el niño.
- 4.3 Promoción de salud mental en la escuela.
- 4.4 Déficit de atención con hiperactividad.
- 4.5 Enfermedad depresiva y trastornos de ansiedad.
- 4.6 Ideación y conductas suicidas.
- 4.7 Los trastornos de la conducta alimentaria.
- 4.8 Conducta antisocial y violencia en la escuela.
- 4.9 Adicciones y dependencias de inicio temprano.

Dr. Bernardo Cano Uría





Introducción

Empezaremos por enmarcar el concepto de salud mental y cumplir así con resolver algunas premisas indispensables para establecer los límites de tan importante tema, que está dirigido a resolver innumerables problemas del comportamiento, en este caso, del niño y del adolescente en etapa escolar, así como conocer problemas relacionados a trastornos mentales de aparición temprana. Para iniciar esta tarea cuyos antecedentes, es decir otros aportes escritos al respecto, son exigüos o inexistentes, será necesario definir el concepto de “salud mental” que ya en sí es un esfuerzo teórico en el cual ya se ha gastado mucha tinta; sin embargo, vamos a definirlo basados en cómo la OMS suscribe el concepto: «La salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo está consciente de sus propias habilidades, puede afrontar el estrés normal de la vida, puede trabajar fructífera y productivamente, y es capaz de hacer una contribución a su propia comunidad».

Dado que el concepto es por demás amplio y generalizado, es que vamos a recorrer a manera de advertencia al lector, que habrá varios aspectos relacionados con la salud mental del escolar que quedarán en el tintero; sin embargo, el mérito estará en lograr aproximarnos a los más importantes trastornos de la conducta en etapa escolar.

El concepto de “mental” está sometido a algunas premisas aclaratoria o precisiones conceptuales, a manera de crear de antemano marcos de referencia, para no producir o inducir a “patologizar” por un lado, o subestimar por otro lado, comportamientos propios de la niñez, de la adolescencia, o de los adultos que, en este caso, hacen de observadores o jueces de la salud mental del grupo etario en cuestión.

La mente es un constructo que puede considerarse que se expresa como la función cerebral unido a un soma o cuerpo, cuyo dueño responde frente al medioambiente con un factor ineludible que es la cultura.

Hoy en día debemos reconocer que esta función cerebral puede estar descrita desde la medicina biomolecular, desde la neurociencia y desde la moderna psiquiatría biológica, no nos ha permitido encontrar “la mente” como un soplo divino o espíritu mágico en el hombre sino que nos permite conocer los caminos intrincados de la neurona con sus neurotransmisores encargados de transmitir impulsos biomoleculares, con el motor bioeléctrico de la membrana neuronal, generando respuestas “mentales” a un estímulo específico, en áreas cerebrales designadas por efecto de la herencia o genómica, la evolución y el medioambiente y, además, las particularidades psicológicas de cada sujeto, es decir, el modelo biopsicosocial.

Resumiendo lo escrito líneas arriba diremos que el escolar trae consigo una lista de factores predisponentes, un terreno con características propias heredadas, o adquiridas en sus cortos años de vida, un terreno que está casi dispuesto a ser sembrado con muchas “dificultades”, aprehensiones, estrés, angustias etc. o sembrar este terreno que trae el pequeño escolar con hábitos saludables, sin violencia, cultura de paz y en fin, salud, o ese equilibrio que propone la OMS al definir salud mental.

En otras palabras, entonces el niño ingresa a su vida escolar con poca o nada afectación existencial y son sus cuidadores, profesores, padres, compañeros de aula, adultos en general, los encargados y responsables de sembrar en él las condiciones saludables para su crecimiento y desarrollo emocional.



4.1. El grupo social y el niño en la escuela

La adaptación en el colegio. Los primeros años

El niño al asistir a la escuela convencional e iniciar su vida escolar, generalmente también inicia una vida en comunidad, es decir, inicia una existencia dentro de un grupo de pares, puede ser que haya vivido esta experiencia antes, si es que pertenece a una familia numerosa, lo cual es raro hoy en día, u ocasionalmente algún evento social, como son los cumpleaños, y más “afortunadamente” un barrio lleno de niños de su edad (preescolares) en los que favorablemente se integra y asume algún rol. Esto último es cada vez menos posible ya que la inseguridad en las calles es amenazadora y no promueve una continuidad de gremio sin la presencia de los padres.

Desde la perspectiva psicodinámica, y recogiendo lo escrito por Seguí C.A. sobre la “díada”, estas son, las reiteradas tendencias al establecimiento de interacciones de a “dos” o emparejamiento y que ya antes del nacimiento el hombre establece, primero intrauterinamente con la madre, y lo que resulta indispensable en el concepto de díadas es la subsecuente ruptura de las mismas para reiniciar el establecimiento de una nueva díada en el caso del niño que nace y fractura la primera díada iniciando la segunda con la lactancia, hasta que esta se rompe como todas las díadas por la presencia de un tercero o la presencia del grupo. En el primer caso, la presencia del padre, y así sucesivamente hasta la edad escolar en que el primer día de clase en el nido, la díada se establece con el compañero(a) de carpeta y dura el tiempo que dura el poder del grupo para favorecer la ruptura e integración grupal.

Lo cierto es que el ser humano vive y se desarrolla dentro del grupo y mucho de su felicidad o de su infelicidad depende de su adaptación a este. En la etapa preescolar, y durante los primeros años de la escuela, se va definiendo esta condición de adaptabilidad al grupo, y quienes detectan el resultado de esta capacidad o no de adaptación son, en primera instancia, los padres, pero como es sabido, estos cada vez acompañan menos al niño durante sus incursiones en los grupos, por lo tanto esta primera instancia corresponderá al maestro del nido o de educación inicial.

Un niño de 3 o 4 años que se adapta al grupo de pares con facilidad, frente a un niño que no lo hace, no necesariamente implica una polaridad de salud por un lado, o trastorno por el otro, sino que una interacción difícil de un niño tiene variados significados, es decir la timidez de un niño, puede obedecer a varias causas, no siempre patológicas, y viceversa un niño extrovertido no siempre es sinónimo de salud mental.

Veamos las posibles, o más frecuentes causas, por las que un niño tiene dificultad para integrarse al grupo en el nido o en el jardín escolar:

1. Niño con poco estímulo social en casa;
2. Niño con algún trastorno específico del desarrollo:
 - a) trastorno del lenguaje;
 - b) trastorno del aprendizaje.
3. Tics;
4. Niño con trastorno generalizado del desarrollo;



5. Niño maltratado;
6. Niño con trastorno por pérdida de vínculo;
7. Niño con retardo mental;
8. Niño con enfermedades somáticas;
 - a) Epilepsia;
 - b) Otras.

1. Niño con poco estímulo social en casa y como lo detecta la maestra en la escuela

En el caso de un niño poco o nada estimulado en casa encontrará algunas características de presentación frecuente, por ejemplo: padres ausentes del hogar, o familia disfuncional, madre con trastorno depresivo, pobreza, indigencia social, económica o cultural, violencia en casa, maltrato infantil, negligencia en el cuidado de los hijos.

En el niño se observará un descuido en su arreglo e higiene personal o menos frecuente, lo contrario a manera de compensación, pulcritud. El niño es “despierto” vivaz pero no posee un lenguaje acorde a su edad, o los padres “puerilizan” o “abeban” al niño hablándole en tono “infantiloide”.

El niño que es cuidado por abuelos que podrían hablar otro idioma, o como ocurre en el Perú hablan quechua o son bilingües, establecen una conversación pobre, fracturada por la interculturalidad entre los abuelos quechua-hablantes y los hijos o nietos ciudadanos.

Una madre (o el padre) con retardo mental leve o fronterizo también dificultan la adecuada estimulación en los hijos, o si alguno de los padres posee un trastorno obsesivo compulsivo grave el niño estará a merced de los síntomas obsesivos del progenitor como son: exceso de cuidados, exagerada limpieza, reacomodar las cosas, miedos anticipatorios exagerados, etc.

2. Niño con algún trastorno específico del desarrollo

Los trastornos específicos del desarrollo, se caracterizan por un retraso del desarrollo de las funciones íntimamente relacionadas con la maduración del sistema nervioso central, y a diferencia de los trastornos generalizados, son menos graves pero afectan al niño en edad preescolar o escolar.

Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje o del aprendizaje

La alteración de las pautas normales de adquisición del lenguaje y/o el aprendizaje no son atribuibles a enfermedades neurológicas como la epilepsia; sensoriales como la sordera, la ceguera o la mudéz al retraso mental, ni a factores ambientales como la pobreza, el maltrato infantil o al abandono, y se caracteriza por deficiente lenguaje verbal, es decir falla la pronunciación, como la “r”, entonces se denomina rotacismo, que es una falla muy frecuente y muchas veces heredada. Así mismo, hay trastornos en la expresión del lenguaje que pueden denotar un problema más grave que el anterior, en el cual no se expresan adecuadamente en relación a su edad, hablan en tercera persona, no reconocen el uso de artículos o los confunden etc. Por último, los trastornos en la comprensión del lenguaje, ya



a los 4 años el niño normalmente comprende el significado de las palabras más comunes, a los 7 años se deja entender usando frases e ideas comprensibles, y a los 12 comprende el discurso. Normalmente, si esto falla en el niño y no reconoce algunos significados, la unión de artículos, o confunde fonemas estamos frente a un trastorno comprensivo del lenguaje.

Es importante destacar que estos trastornos específicos del desarrollo no pueden tener como antecedente el daño neurológico, para poder diagnosticarlos como trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. Del mismo modo, los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje poseen esta misma premisa, es decir, no debe haber antecedentes de retraso mental, daño orgánico cerebral ni sensorial como hipoacusia (algún grado de sordera) o deficiencia visual.

Los trastornos del desarrollo del aprendizaje son los relacionados al cálculo, la lectura y la escritura o mixtos.

El trastorno del aprendizaje ocurre en el 4% de niños entre 6 y 11 años de edad y se presenta como trastornos de lectura que son más comunes en hijos de padres que sufrieron trastorno del aprendizaje.

El maestro, al detectar esos trastornos lo comunica a los padres para que estos lo consulten con el médico pediatra.

3. Tics

Son movimientos involuntarios rápidos y repetitivos de grupos musculares que representan descargas de la tensión originada por estados físicos y emocionales, carecen de utilidad aparente. Aumentan cuando los niños están estresados y disminuyen cuando los niños están relajados, desaparecen durante el sueño, son más frecuentes en la niñez, y en varones más que en mujeres y pueden persistir hasta la vida adulta. Las causas son aún desconocidas aunque el estrés incrementa la intensidad de los tics ya establecidos.

Los tics transitorios pueden aparecer y desaparecer en cuestión de semanas o meses. Es posible que afecten a un 10 % de los niños en los primeros años de la escuela. Los tics faciales, que son los más frecuentes, se caracterizan por parpadeo repetitivo, desviación de los ojos, arrugamiento de la nariz y crispaciones de la boca, aclararse la garganta repetidas veces, emitir sonidos guturales profundos o gruñidos.

En la escuela es común el bullying que les hacen a estos niños agravando los tics. Los maestros deben intervenir descalificando cualquier mofa, burla u observación que puedan hacer los compañeros del niño afectado, ya que cualquier alusión trastorno lo incrementa; del mismo modo, en casa el sancionar el movimiento del tic o aludirlo, termina exacerbándolo ya que se acrecientan con la tensión o el estrés y mejoran cuando el niño está tranquilo.

4. Los trastornos generalizados del desarrollo

Uno de los trastornos más dramáticos que aparecen en etapa preescolar, muchas veces detectado por primera vez por el docente, son este conjunto de síntomas caracterizado principalmente por alteraciones en la interacción social, comunicación, flexibilidad e



imaginación. Son pues, un conjunto de trastornos del desarrollo que aparecen siempre dentro de los tres primeros años de vida del niño y cuya causa aún no se conoce, pero se atribuye origen biológico relacionado con varios genes. No se descartan algunos factores externos, el trastorno al que nos referimos es el autismo infantil hoy también llamado trastorno del espectro autista.

Afecta de 3 a 5 niños por cada 10 000 y es más frecuente en niños que en niñas, en proporción de cuatro varones por una mujer. Se ha incrementado en los últimos años como lo muestra el estudio de Chakrabarti (2001), que de una prevalencia de 1/1500, actualmente se reconoce una prevalencia de 1 de cada 200 niños con algún rasgo de trastorno del espectro autista.

Comienza al nacer o durante los tres primeros años de la vida; el 30 a 50% de estos niños padece algún otro trastorno neurológico como epilepsia o espasticidad, por ejemplo.

Cabe destacar el comportamiento peculiar de estos niños en el aula, cuya característica más resaltante es el aislamiento social y la grave alteración del lenguaje, el niño no mira a su interlocutor, no juega con juguetes, tiene movimientos extraños que tienden a repetirse, como por ejemplo el aleteo de las manos, dichos movimientos llamados estereotipados se muestran más cuando el niño está emocionado, así mismo estos niños tienen comportamientos alimentarios extraños como por ejemplo no ingerir alimentos sólidos, también se observa comportamientos agresivos y no es poco frecuente que convulsionen. Una pronta atención y diagnóstico es muy importante para un mejor pronóstico.

5. Niño maltratado

El niño víctima de maltrato infantil también da muestras de desadaptación en el grupo escolar, siempre expresa las consecuencias del maltrato sufrido en el colegio. La primera característica de estos niños es el bajo rendimiento académico que presentan tarde o temprano. El comportamiento disocial es otra característica, así como la agresividad a sus pares o contra sí mismo. Los síntomas depresivos como falta de ánimo y aburrimiento, así como sentimientos de desvalorización y baja en la estima personal con abandono en su higiene y arreglo acompañan también al maltrato infantil. La tendencia al llanto, con irritabilidad y síntomas somáticos como cefalea, dolor abdominal o pérdida de peso son frecuentes, toda esta sintomatología nos hace sospechar de alguna forma de violencia contra el niño o adolescente.

6. Niño con trastorno por pérdida de vínculo

Desde la década de los 40 se describe algunos comportamientos “extraños” o peculiares en niños privados de afecto. Estos comportamientos consisten en relaciones sociales sumamente alteradas en la mayor parte de los contextos, e inadecuadas para el nivel de desarrollo del niño. Se inicia antes de los 5 años de edad, con incapacidad persistente para establecer la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestando respuestas excesivamente inhibidas, hipóvigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría). También se pueden percibir los vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para

manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación).

El trastorno observado no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo o autismo infantil.

La crianza por parte de los cuidadores o familiares se muestra insatisfactoria o inadecuada por las siguientes características:

- Desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto;
- Desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño;
- Cambios repetidos de cuidadores, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza).

7. Niño con retardo mental (RM)

Reconocer el retardo mental en escolares de los primeros grados es difícil, incluso para el observador experimentado y conocedor del problema, como son los educadores de nivel inicial y primario, es también difícil para el psicólogo de niños, para el médico pediatra y para los psiquiatras infantiles, por las siguientes razones:

- El niño está en proceso de desarrollo y crecimiento, y sus habilidades también están desarrollándose;
- Los niños ubicados en el límite del retardo mental en un extremo, y el niño fronterizo por el otro extremo, pueden enmascarar sus limitaciones tras conductas evitativas o escaso lenguaje verbal;
- Niños sin retardo mental que parecen serlo por razones expuestas líneas arriba.

Estar atentos a las características del comportamiento del niño con RM es capital, y las señales principales son:

- El lenguaje atrasado para su edad;
- Retraso psicomotor con dificultad en la marcha, en la coordinación, y en la sincronización de los movimientos;
- Alteración en la capacidad de interacción social con sus pares o con los adultos;
- Retraso académico.

8. Niño con enfermedades somáticas

Es muy importante tener en cuenta en la escuela los antecedentes de enfermedades somáticas agudas y, sobre todo, crónicas que padezca el niño, desde una común alergia, que ya de por sí afecta su sociabilidad por el frecuente ausentismo al colegio, sobre todo en invierno o durante los cambios de estación, así como por su vinculación con los estados emocionales que favorecen las crisis de asma, rinitis, dermatitis etc. o mejoras de los mismos con estados de tranquilidad y equilibrio emocional.

Las enfermedades neurológicas como epilepsia también deterioran la sociabilidad del niño envolviéndolo en miedos anticipatorios, sobreprotección familiar e institucional y ausentismo escolar.



Estos ejemplos de enfermedad somática que afectan la sociabilidad del niño en la escuela pueden ser revertidos o mejorados practicando una comunicación informativa, afectiva y racional con el niño, la familia del niño, e incluso con los compañeros del aula, si fuera necesario.

Bibliografía

1. Ajuria Guerra J. Psiquiatría del niño y el adolescente Edit Iberoamericana, 1995.
2. Finch Stuart M. Fundamentos de psiquiatría infantil. Edit Psique. Bs Aires.
3. CIE 10 Trastornos mentales del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Edit. Meditor OMS.
4. Kaplan H, Sadock B. Terapia de grupo. Editora Médica Panamericana, 3era Edición 1996.
5. Mardomingo M.J. Estados depresivos en la adolescencia. Aportaciones para la práctica clínica. II Jornada de Psiquiatría del niño y del adolescente. Publicación SmithkleinBeecham, Madrid, 1997.
6. Gonzales J, Romero J, Távira F. Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes Editorial Trillas, México, 1993.
7. Vallejo J. R. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3ra Edición Salvati. México, 1991.
8. Fernandez F, Turón V. Trastornos de la alimentación Masson S.A. Barcelona, España, 1999.
9. Jornada sobre trastornos de la conducta alimentaria, Madrid, 1997.
10. Goldman H. Psiquiatría general. Edición M7M México, 1998.
11. Duhrrssen A. Psicoterapia de niños y adolescentes. Biblioteca de Psicología y Psicoterapia. Fondo de Cultura Económica. 1996.
12. King S, Dixon M.J. Influencias de las emociones expresadas, la dinámica familiar y el tipo sintomático sobre la adaptación de los adultos jóvenes esquizofrénicos. Rev Archives of general Psychiatry 1997 pag 2-9, marzo.

Autoevaluación

¿Cuáles son las posibles o más frecuentes causas por las que un niño tiene dificultad para integrarse al grupo en el nido o en el jardín escolar?

¿Por qué un niño con poco estímulo social en casa presenta dificultades en la adaptación social y cómo el maestro detecta este problema en la escuela?

¿Que son los trastorno específicos del desarrollo, y cómo influyen en la adaptación social del escolar?

Describe que pasos podría seguir un maestro de nido o jardín frente a un alumno que agrade reiteradamente a sus compañeros, y no mantiene la atención.



4.2. Temperamento y rasgos de personalidad en el niño

El temperamento se define como un conjunto de rasgos determinados mayormente por la biología de una persona, es decir la herencia, transmitida de padres a hijos. Con esto se hace referencia a las reacciones emocionales del individuo, que vienen determinadas por su sistema neuroendocrino y otros factores biológicos.

La personalidad es la “forma de ser” que posee cada persona lo que nos confiere esa categoría de individualidad y, por ende, de individuos, el ser humano no nace con una personalidad sino la vamos conformando o desarrollando a lo largo de nuestra vida, estructuramos nuestra personalidad y alrededor de los 18 años de edad, unos más otros menos, se conforma esa “forma de ser” que nos caracteriza y acompañará toda la vida.

Podemos decir que nacemos con las bases biológicas para conformar nuestra personalidad, es decir traemos genes heredados de nuestros ancestros, que servirán de base biológica para establecer los rasgos distintivos de nuestra personalidad, y que determinaran un temperamento que, probablemente, se parezca al de alguno de nuestros progenitores, pero son la sociedad, la cultura, la escuela, la familia, nuestros modelos parentales etc. los factores que armarán esa personalidad que ya va dando muestras de salud o trastorno durante la niñez y la adolescencia. Una de las formas más distinguidas de expresión de trastorno futuro de personalidad, es cuando la conducta del niño o adolescente viene caracterizándose por las reiteradas fracturas de normas, reglas, leyes por parte del niño, este ejemplo nos daría una conducta disocial en el niño y si persiste más allá de los 18 años estas conductas, le llamaremos recién “trastorno de personalidad disocial o psicopática”.

4.3. Promoción de salud mental en la escuela

Definición de promoción de salud

«Es un proceso que da a la población los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adecuar el medio ambiente»⁽¹⁾.

La promoción de la salud en 1986, según la Carta de Ottawa, consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre ella. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la concibe, cada vez en mayor grado como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más “saludablemente”, alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida. La promoción y prevención de la salud mental no están separadas pueden ir juntas y potenciarse.

La escuela y los diversos sistemas educativos son parte de aquellas disciplinas que participan en la promoción de salud mental bajo los principios recomendados que son:



- Participación de la población escolar, alumnos, profesores y padres de familia en su conjunto y en el contexto de la vida diaria;
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los escolares sea favorable a la salud mental;
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario;
- Aspira a la participación efectiva de la población educativa, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud mental.

Aunque la promoción de la salud mental es básicamente una actividad de los ámbitos de la salud y social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios de la atención primaria especialmente, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud mental en las escuelas.

¿En qué áreas de debe poner énfasis en promoción de salud mental de nuestros colegios?

1. Maltrato infantil;
2. Adicciones a drogas y alcohol;
3. Ludopatía;
4. Anorexia y bulimia nerviosa;
5. Depresión infantil;
6. Bullying;
7. Psicosis;
8. Violencia intrafamiliar;
9. Accidentes y desastres;
10. Otras.

¿Cómo hacer prevención de salud mental en los colegios?

Requisitos

1. Querer hacerlo
2. Planificar de acuerdo a las necesidades observadas en el alumnado, plana magisterial y familiares del alumnado.
3. Identificado el problema de salud mental, diseñar un plan de promoción y prevención de salud.

Ejemplo: se ha detectado maltrato infantil en un número determinado de alumnos de una aula, se investiga las características, con asesoría, no olvidar que es multidisciplinario.

1. Brindar charlas de sensibilización a los padres de familia;
2. Diseñar estrategia para formar cultura de no violencia intrafamiliar con trabajos realizados por el alumnado incluyendo a los padres en trabajos grupales, video fórum con películas alusivas, afiches, teatro, etc.;
3. Reevaluar los resultados, si persiste el problema rediseñar nuevo plan preventivo-promocional.



Integrar equipos de profesionales de la salud que a través de intervenciones en la vida de los estudiantes, generan espacios que acompañan y amparan a esta población frente a riesgos como el bullying, el pandillaje, la farmacodependencias, las ludopatías, etc.

Bibliografía

1. Sigerist H. E. Canadá: Informe Lalonde M. Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses 1974.
2. ICD 10 trastornos mentales y del comportamiento décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades Edición. Meditor OMS.
3. Kaplan H. Sadock b. Terapia de grupo. 3ra Edición (1996). Editorial Médica Panamericana S.A.

Autoevaluación

Defina usando sus propios términos el temperamento y la personalidad.

¿Qué es la promoción de salud mental escolar?

¿Qué es prevención de salud mental en escolares?

¿Cuáles son las prioridades de promoción de salud mental en los colegios?

4.3. Promoción de la salud mental en la escuela

Objetivos

- Promover la higiene mental;
- Educar para la salud fomentando estilos de vida saludables y habilidades sociales;
- Prevención de consumo de drogas;
- Favorecer la convivencia pacífica;
- Promover acercamiento de padres de familia;
- Establecer la escuela de padres;
- Favorecer el éxito en el proceso educacional;
- Conocer los problemas de salud que afectan el rendimiento escolar y evitar la deserción por problemas biopsicosociales.

«La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (Organización Mundial de la Salud). Es una parte integrante de la salud corporal y está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta.



Los preceptos de la higiene mental durante la edad escolar, representan la piedra angular de la higiene mental futura, involucran la participación activa del estudiante, de los padres de familia, el profesorado y la comunidad. Es importante considerarla desde la edad preescolar, por ser este período de la infancia cuando se establecen los hábitos de limpieza, respeto a las personas mayores, y las habilidades sociales en general.

Cuando se observen anormalidades, tanto de la inteligencia como de la conducta o del rendimiento escolar, que no se modifican con las técnicas pedagógicas corrientes, debe considerarse conversar con los padres y sugerirles acudir a un centro de salud para una consulta psicológica o psiquiátrica.

Los desórdenes mentales en la niñez suelen permanecer ocultos, afectan la educación y limitan el futuro profesional. Estos desórdenes ocasionan problemas y trastornos de conducta. Las consecuencias en la adultez son enormes pues pueden ocasionar problemas con la justicia y otros desórdenes sociales.

El promover estilos de vida saludables y el desarrollo de habilidades sociales contribuirá a aumentar el éxito en el desempeño escolar, baja repetición y escasa deserción. Al mejorar las habilidades para la vida y competencias psicosociales de los alumnos se previenen problemas de salud mental que puedan ocurrir en la adolescencia tales como abuso de alcohol y drogas, conductas violentas y embarazos no deseados.

Los estilos de vida han sido considerados como factores condicionantes del estado de salud de un individuo. La carta de Ottawa señala que: «La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo». La salud es el resultado de los cuidados que uno tiene consigo mismo, y de los que la sociedad brinda a sus miembros para que gocen de buen estado de salud. Para algunos autores, la salud mental se refleja en la vitalidad del cuerpo, la cual puede observarse en el brillo de los ojos, el color, la textura y la temperatura de la piel, la espontaneidad en la expresión, la vibración del cuerpo y la gracia del movimiento.

Los estilos de vida importantes a considerar en la escuela involucran la concepción de ciudadanía, conocer los derechos del niño y del adolescente, la nutrición adecuada, la convivencia pacífica, los ejercicios físicos diarios, evitar hábitos nocivos como el alcohol y las drogas, además de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del embarazo precoz.

La Organización Mundial de la Salud recomienda los programas escolares como una de las estrategias más efectivas en la promoción y prevención de salud mental. Estos programas promueven conductas positivas, disminuyen conductas agresivas, limitan el consumo de alcohol y drogas, además de reducir los problemas emocionales.

Un informe del Congreso de EE. UU. señala que los programas de salud mental escolar aumentan el orden y disciplina en el salón de clases, favorecen el desempeño de las tareas escolares, reducen las conductas agresivas, disminuyen el *bullying* y permiten elegir metas sociales positivas.

Las relaciones entre padres e hijos son únicas e intensas. Por lo general, las familias son felices cuando padres e hijos saben relacionarse y comunicarse de manera afectuosa y

positiva, cuando los padres se sienten capaces de ayudar a que sus hijos se comporten bien, y cuando los hijos pueden expresar sus emociones y tener una conducta adecuada. Los problemas de conducta son la principal razón por la que los niños son remitidos a los centros de salud para ser evaluados en las áreas de salud mental. La mala conducta en niños suele estar relacionada con ambientes familiares de mucha tensión o conflictos de vida.

Bibliografía

1. OMS. Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia emergente. Prácticas. 2004. Informe al del Departamento de Salud al Congreso de EE. UU., 2007.
2. Minoletti A. Protege. Red de protección del gobierno de Chile. Ministerio de Salud, 2009.
3. Di Lorenzi. Programa de promoción de hábitos saludables en niños y adolescentes. Montevideo, 2004.
4. Ministerio de Salud. Encuesta global de salud escolar. Resultados. Perú, 2010.

Autoevaluación

¿Cómo definiría usted la salud mental?

¿Qué importancia tienen los estilos de vida en la salud mental?

¿Cómo se logra la convivencia pacífica?

¿Es posible prevenir el consumo de alcohol y drogas? ¿Cómo?

¿Se siente capaz de promocionar y prevenir la salud mental en la escuela?

4.4. El trastorno de actividad y atención con o sin hiperactividad y con o sin impulsividad

¿Qué es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o actividad y atención con o sin hiperactividad?

Es un padecimiento que afecta a 1 de cada 20 - 30 niños durante la etapa escolar, y se caracteriza principalmente por la dificultad para sostener la atención, esta imposibilidad repercute en la conducta, el aprendizaje, y la sociabilidad, tanto en el presente como en el futuro del niño, varía en intensidad en cada niño, el defecto puede ser muy severo pero también otras veces es leve.

Muchas veces afecta la actividad del niño y este es hiperactivo, y si a esto se suma la impulsividad entonces el niño posee tres factores que determinan la gravedad del TDAH que es como se le llama al déficit de atención. Antes de pasar a describir las características del comportamiento de estos niños mencionaremos que el sustrato biológico es un desequilibrio de la dopamina principalmente, que es un neurotransmisor cerebral que proporciona señales instructivas al cerebro para permitir realizar las funciones ejecutivas, la dopamina tiene la tarea de transmitir señales entre las células y el sistema de recompensa, una falla a este nivel produce conductas que se pueden apreciar en los niños y adultos con alteración en la atención.



Estas conductas son las siguientes:

- El niño no puede prestar atención, se distrae con facilidad, se levanta de su asiento;
- No mide el peligro, comete los mismos errores;
- No sigue las reglas, no obedece, se irrita con facilidad, es impulsivo, se accidenta con frecuencia;
- Casi siempre tiene bajo rendimiento escolar, el niño no tiene retardo mental;
- Es posible que haya trastornos del lenguaje;
- El niño es hiperactivo en diversos lugares, no solo en el colegio, o no solo en la casa. Nunca hace siesta;
- El niño puede mostrar adecuada atención cuando se trata de imágenes como los juegos de Internet o la televisión;
- El niño no tiene facilidad para terminar lo que empieza, deja inconclusas las actividades;
- Pierde cosas, olvida con facilidad parte de los encargos;
- No siempre hay hiperactividad, no siempre hay impulsividad;
- Siempre se puede detectar defecto de atención en estos niños;
- Destructor, irritable, interrumpe, exigente, ruidoso, caprichoso;
- Se adelanta a las respuestas, desordenado, desorganizado.

Complicaciones del TDAH

Maltrato infantil, exclusión, trastorno del aprendizaje, trastorno del lenguaje, trastorno de conducta, depresión, bullying, abandono escolar, farmacodependencia, etc.

Evitar las complicaciones del TDAH es posible cuando se interviene y detecta tempranamente, muchas veces es el docente el que da la voz de alarma a la familia, derivar a la atención médica es importante.

Las causas del trastorno de actividad y atención

Existe un fuerte componente biológico y genético que explica casi en 80% el origen del TDHA. El ambiente psicosocial inadecuado perpetúa el problema (véase las complicaciones del TDAH).

Bibliografía

1. García P A., Torrejón J., Martínez G, M. Quintanar R A., Rev Neurol Vol.41 Num.09 Pág.0517 , 2005.
2. Cornejo O J., Osío U. O., Sánchez M A., Carrizosa M J., RevNeurol Vol.40 Num.12 Pág.716; 2005.
3. <http://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=188> Características de los niños hiperactivos.
4. CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Edic. Meditor. OMS.

Autoevaluación

Señale cinco características de un niño de 6 años con trastorno de la atención e hiperactividad.

¿El trastorno de actividad y atención se presenta con más frecuencia en niños o en niñas?

Los riesgos de no tratar a un niño con trastorno de actividad y atención son : mencione dos complicaciones.

4.5 Enfermedad depresiva y trastornos de ansiedad

Definición

La depresión infantil (DI) puede definirse como una enfermedad que se instala en el niño o en el adolescente poco a poco, insidiosamente y que motiva que el comportamiento del niño o adolescente cambie (“ya no es el mismo de antes”) y con estos cambios ocurren deficiencias en la producción social, familiar y escolar. La tristeza no siempre es lo más característico, en cambio sí lo es la pérdida de la capacidad para disfrutar o experimentar placer. Hay notables variaciones de acuerdo con la edad ya sea un lactante, un niño o un adolescente el afectado.

Criterios y síntomas emocionales

Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil (Del Barrio 1997): tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida de la capacidad de experimentar placer o disfrute), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e incluso ideación suicida y lamentablemente, a veces, suicidio.

Esta definición operativa puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro dentro de la comunidad científica.

¿Por qué se produce la depresión infantil?

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión infantil, así tenemos:

Tanto en el escolar como en el adulto el modelo biopsicosocial explica mejor las causas de la enfermedad depresiva. Si iniciamos por los aspectos biológicos diremos que un escolar de cualquier edad puede deprimirse por razones hereditarias, es decir, hay familias con historia depresiva, y existen factores genéticos que aún no logramos determinar pues son varios genes los implicados, otro factor es el sexo, aunque en niños no hay diferencias en



el porcentaje de hombres frente a mujeres con depresión, hoy sabemos que las mujeres tienden a deprimirse porcentualmente más que los hombres. Otro factor biológico que conocemos es el relacionado con los neurotransmisores, que son la gustación que tenemos en el cerebro y que disminuyen en los estados depresivos, nos referimos a la serotonina, la noradrenalina y la dopamina; también existe relación entre los niveles hormonales y la influencia estacional, según se ha investigado es la luz muy importante para explicar las depresiones que ocurren en estaciones invernales.

Pero son los factores psicológicos los que cumplen también un papel muy importante en relación al terreno predispuesto que cada uno de nosotros trae desde el nacimiento como es nuestra forma de ser y nuestra capacidad de adaptarnos a los diversos cambios que ocurren en nuestro entorno, y que pueden actuar como problemas determinantes o desencadenantes para un cuadro depresivo, por otro lado están nuestros modelos parentales que, consciente o inconscientemente, nos dan las pautas o programaciones para establecer una salud mental o un trastorno.

Por último, los factores ambientales en donde la familia por un lado, y el colegio por el otro, y la sociedad, se encargan de favorecer un desarrollo armonioso dentro de una cultura de paz o, por el contrario, el maltrato infantil cuyas consecuencias siempre, o casi siempre, se observan pronto en el niño como depresión o como trastornos de ansiedad u otras formas de expresarse.

En la actualidad se admite una compleja interacción de distintos factores, tanto de carácter biológico como social, que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que, combinadas, dan lugar a la aparición de una conducta desajustada. En el caso de la DI, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica (Del Barrio, 1997).

Epidemiología de la depresión Infantil

Los porcentajes de DI detectados entre la población infantil es alrededor del 8-10%, de acuerdo con numerosas investigaciones. Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (Del Barrio, 1997).

En cuanto a la clase social, algunos autores señalan que se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta.

Episodio depresivo mayor National Comorbidity Survey de EE. UU. (NCS-R EE. UU. 2001), prevalencia a lo largo de la vida =17,1%

21,3% mujeres
12,7% hombres

La depresión ocupa el cuarto lugar entre las diez causas principales de la carga mundial de morbilidad. Los trastornos depresivos se asocian al aumento de morbilidad, y al aumento en las estancias hospitalarias; se asocia, además, al no cumplimiento del

tratamiento instaurado, a la incapacidad laboral o educacional y al aumento de costos directos e indirectos de la enfermedad.

Influencia de la familia y la escuela en la depresión infantil

La familia es el entorno más inmediato del niño, su microcosmos, y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no solo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, y motivaciones. El apego con el que la madre y el hijo se relacionan mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo, la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño.

Más tarde también son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está de la depresión.

En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional.

Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la DI. En cuanto a la escuela, sabemos que la localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de depresión infantil

Muchos autores han relacionado la DI con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión. De hecho, un niño deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico. De allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno.

¿Cómo detectar si un niño de inicial o jardín presenta depresión?

- El niño cambia su conducta, se torna más agresivo o más pasivo de lo que fue;
- El rendimiento escolar baja;
- Tendencia a bajar de peso;
- Lloro más que antes, no juega;
- Parece cansado o con alguna enfermedad física que no presenta;
- No hay causa aparente que explique dicho comportamiento;



- Puede perder el control de esfínteres;
- Sueño diurno.

¿Qué hacer?

- Comunicar a los padres;
- Intervención psicopedagógica;
- Sugerir su atención médica;
- Facilitar en el aula el descanso médico, diciéndole al niño que no se preocupe por su atraso en las clases y que ya se pondrá al día en sus deberes con ayuda.

¿Cómo detectar depresión en un niño o niña de primaria?

- El niño cambia su conducta, se torna más agresivo o más pasivo de lo fue;
- El rendimiento escolar baja, llora más que antes, no jue, se irrita fácilmente;
- Más apetito o pérdida de apetito, tendencia a bajar de peso, adelgazamiento;
- Se distrae con más facilidad que antes;
- Presenta conductas disociales, se torna más rebelde, falta a clases sin justificación aparente;
- No hay causa aparente que explique dicho comportamiento;
- Parece cansado o con alguna enfermedad física que no presenta;
- Puede perder el control de esfínteres;
- Sueño diurno, niño cansado para su edad, insomnio;
- Reiterados episodios de dolencias físicas.

¿Qué hacer?

- Comunicar a los padres;
- Intervención psicopedagógica;
- Sugerir su atención médica;
- Facilitar en el aula el descanso médico, diciéndole al niño que no se preocupe por su atraso en las clases y que ya se pondrá al día en sus deberes con ayuda.

¿Cómo detectar depresión en una alumna adolescente?

- La adolescente cambia su conducta, se torna más hostil o más pasiva de lo fue;
- El rendimiento escolar baja, falta a clases, sin justificación aparente;
- Presenta conductas disociales, se torna mucho más rebelde. se irrita fácilmente;
- Más apetito o pérdida de apetito;
- Parece cansada o con alguna enfermedad física que no presenta;
- No hay causa aparente que explique dicho comportamiento;
- Quejas somáticas: cefalea, asma, alergias, dolor abdominal, etc.;
- Puede perder el control de esfínteres;
- Sueño diurno, cansancio para su edad, insomnio;
- Consumo de drogas, alcohol;
- *Bullying* (como víctima o como agresora);
- Cambios en el aspecto físico, y arreglo personal (vestimenta excéntrica) cortes de pelo etc.;



- Exposición al peligro (conductas de riesgo, caminar sola de noche, etc.);
- Pensamientos suicidas: la adolescente con ideación suicida va dando mensajes sobre lo que está pensando hacer, habla sobre su desvalorización o que no sirve.

¿Qué hacer?

- Comunicar a los padres;
- Sugerir su atención médica;
- Comunicarse con la adolescente: requieren tiempo, paciencia y más oídos (audición) que consejos;
- Intervención psicopedagógica.

Tratamiento

Recordar que la depresión cuando es moderada a grave no se trata ni se cura con psicoterapia, pueden requerir tratamiento hospitalario y tratamiento antidepresivo.

Bibliografía

1. Chem H , Chan Y, Tank K, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39: 975-979.
2. Adouard F, Glangeaud- FreudenthalN, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. Arch Womens Ment Health. 2005;8: 89-95.
3. Benneth H; Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. Obstet Gynecol. 2004;103: 698-709.
4. Kammerera A, Taylor A, Glover V. The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis. Arch Womens Ment Health. 2006;9: 187-196.
5. Kurki T, Hillesmaa V, Raitasalo R, MattilaH, YlikorkalaO. Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2000; 95 (4): 487-490.
6. Holcomb W, Stone L, Lustrum P, Gavard RD J, Mostello D. Screening for Depression in Pregnancy: Characteristic of the Beck Depression Inventory. Obstet Gynecol. 1996; 8(6):1021-1025.
7. Luna M, Otárola F, Amendras, Jara L, CHuquizuta C. La depresión no respeta la gestación. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán. 2006; 7(1):41-47.
8. Monk C. Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. Psychiatric Quarterly. 2001;72(4):347-357

Autoevaluación

¿Qué es la depresión?

Describe diez características de un niño escolar de 7 años con síntomas de depresión. Si observa en el aula a una niño de 12 años con síntomas depresivos, ¿qué pasos seguiría Ud. como docente para ayudar a esta alumna?



4.6. Ideación y conducta suicida

Objetivos

- Educar sobre el tema, tanto a adolescentes como a personal docente sobre riesgos, signos de alerta e intervenciones;
- Sospechar de ideación suicida cuando se expresan deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida;
- Hacer conocer a los docentes los signos de alerta en la detección de adolescentes en riesgo;
- Ofrecer alternativas de ayuda tales como los grupos de apoyo juveniles, centros especializados y líneas de crisis;
- Promover en el niño y adolescente habilidades para vivir y manejar adecuadamente situaciones de su entorno y así prevenir conductas de riesgo relacionadas con el suicidio.

La OMS define el suicidio como: «Un acto deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados», y el parasuicidio como: «Un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico».

Suicidio consumado. Acto de matarse de un modo consciente, considerando a la muerte como un medio o como un fin.

Tentativa de suicidio. Acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.

Parasuicidio. Conducta autolesiva no mortal realizada por el individuo, y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte. Se suele producir ante situaciones conflictivas no resueltas y dentro de algún trastorno de la personalidad. Se incluirían aquí muchas conductas consideradas "manipulativas".

En la ideación suicida los pensamientos pueden variar desde ideas como la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir, o intensas preocupaciones autolesivas. Un aspecto clave de la conducta suicida es su intencionalidad o tentativa de suicidio, por lo que algunas definiciones que suelen emplearse para concretar el tipo de conducta suicida hacen referencia a la intención de la conducta.

En la infancia, el suicidio es un hecho excepcional, siendo más frecuente en los jóvenes varones entre 15 a 24 años, habiéndose convertido el suicidio en la adolescencia un problema de salud pública a nivel mundial.

Entre los factores de riesgo implicados en la ideación y conducta suicida se consideran trastornos afectivos, consumo de sustancias, conducta antisocial y depresión. También se han incluido la impulsividad, la ira y la agresividad. La mayoría de los estudios consideran que la depresión es uno de los factores de riesgo más importantes, fundamentalmente en



varones. Algunas investigaciones ponen de manifiesto que aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio, han cometido al menos un intento previo. Otros factores involucrados son el maltrato físico o abuso sexual, y el acoso sistemático por sus compañeros llamado bullying.

Los factores precipitantes o desencadenantes acompañan a los factores de riesgo siendo los más frecuentes los acontecimientos vitales estresantes, crisis con los padres, conflictos familiares, problemas con sus iguales en el colegio, y dificultades escolares.

Entre los factores protectores se mencionan la cohesión familiar y con el grupo de iguales, habilidades en la solución de problemas y estrategias de afrontamiento, actitudes y valores positivos, creencias religiosas, nivel educativo, autoestima e inteligencia.

El método más utilizado en la tentativa de suicidio es la intoxicación medicamentosa, siendo la proporción en adolescentes superior que en niños. Este hecho es explicable por el número y la diversidad de fármacos, así como la disponibilidad y accesibilidad que tienen los niños y adolescentes, tanto dentro como fuera del hogar.

Los fármacos más frecuentemente utilizados son los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezclas de diferentes medicamentos. Otros métodos también utilizados son: la flebotomía (cortes de venas en las muñecas), la precipitación y el ahorcamiento. Estos últimos son más frecuentes en varones que en mujeres, los varones suelen realizar tentativas más violentas.

Características de los adolescentes que cometen suicidio

El suicidio consumado sucede con más frecuencia en los adolescentes mayores, pero también puede ocurrir en niños de 6 años. Los estudios muestran que aproximadamente el 90% de los suicidios adolescentes se presentan en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente. En aproximadamente la mitad de estos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente durante 2 años o más.

Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico son: 1) alguna forma de trastorno del humor, que en los chicos a menudo se acompaña con trastorno de conducta o abuso de sustancias, y 2) abuso de sustancias y/o abuso de alcohol, concretamente en los mayores de 15 años. La mayoría de niños y adolescentes que cometieron suicidio eran muy irritables, impulsivos, volátiles y propensos a explosiones de agresión.

Prevención

Habilidades sociales. El desarrollar en los niños y adolescentes adecuadas habilidades para vivir podría motivar a que estos tomen decisiones acertadas al enfrentarse a problemas y situaciones de angustia, lo que ayudaría no solamente a que no usen drogas para escapar, sino a que no huyan por otras vías erróneas como el suicidio.

Fortalecer la autoestima conceptualizada como los sentimientos, ideas y valoración que uno tiene de sí mismo. Para una persona con autoestima alta, los temores se convierten en oportunidades que le permiten enfrentarlos con confianza, y así conocer su habilidad para solucionar problemas.



Proyecto de vida: la visión o propósito de futuro se convierte en el mejor precursor de éxito en la vida de los escolares. Es importante plantearse metas y tiempos claros, realistas, lo cual da sentido a la vida y hace que nuestros esfuerzos tengan un fin y sean más productivos al fortalecer nuestra autoestima.

Toma de decisiones: es importante tomar decisiones racionales, pensadas, meditando las diferentes alternativas, evaluando los pro y los contras.

Grupos de apoyo. es necesario fomentar el compañerismo, la necesidad de ser aceptados y favorecer el trabajo en equipo, buscando la fortaleza que brinda el trabajo grupal.

Los maestros deben conocer si sus alumnos tienen historia psiquiátrica, la que debe ser comunicada por los psicólogos de la institución.

Bibliografía

1. El suicidio en la infancia y la adolescencia. www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia.
2. AEPENYA. Protocolo suicidio e intento de suicidio, 2008.
3. Campos M. Prevención del suicidio en adolescentes. Liceo de Aserrí. 2004.
4. Brader T. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. Rev Med. Clin. Condes - 2011; 22(3) 303-309].
5. Gonzales C. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *salud pública de méxico / vol.40, no.5, septiembre-octubre de 1998*.

Autoevaluación

¿Cuáles son los factores de riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?

¿Cuáles son las medidas fundamentales que debe adoptar un docente ante la sospecha de ideación o probable conducta suicida?

¿Qué intervenciones son eficaces para la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con sospecha de depresión r?

4.7. Los trastornos de la conducta alimentaria

Desde hace dos décadas los trastornos de la conducta alimentaria se han incrementado en forma alarmante, hasta constituir un problema de salud pública. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son estos trastornos y afectan, sobre todo, en la población escolar correspondiente a secundaria con predominancia en mujeres, aunque hay un pequeño porcentaje de varones con dichos trastornos, manteniéndose una relación de 8 a 9 mujeres por 1 a 2 varones. Los problemas de bulimia nerviosa son los que con más frecuencia se presentan en





colegios de diversos niveles socioeconómicos, afecta democráticamente toda condición sociocultural. La incidencia de bulimia nerviosa es de 2,5%, mientras que de anorexia nerviosa es de 0,9%. La población en riesgo es mayor, aproximadamente el 12 % de las adolescentes escolares tienen conductas de riesgo, entre ellas el miedo a engordar; ejercicios excesivos para bajar de peso; dietas, etc. La edad predominante es alrededor de los 14 años, pero hay una tendencia a disminuir la edad de inicio.

Se inicia en forma insidiosa, es decir poco a poco, sin que la familia se percate de lo que está ocurriendo, muchas veces en el colegio se detecta el problema de anorexia o de bulimia.

Se inicia con cambios del comportamiento en la adolescente, esta se torna hostil, renegona, rebelde, algo depresiva, y tiende a aislarse, evita comer con el resto de la familia, lo hace en su cuarto y muchas veces bota la comida sin que se den cuenta los padres o, lo que es peor, vomita lo ingerido, se viste con ropas anchas que ocultan la delgadez, en el colegio dan muestra de ser muy responsables, generalmente ocupan los primeros puestos, es decir son perfeccionistas, sobre todo las niñas con anorexia nerviosa, y se convierten en adolescentes criticonas del cuerpo ajeno, poco a poco se van aislando y se corre el riesgo que contagien a otras adolescentes, ya que la anorexia y bulimia nerviosa se contagian, no por gérmenes como ocurre con las enfermedades infectocontagiosas sino por imitación. Las jóvenes con bulimia nerviosa pueden tener sobrepeso, obesidad o tener peso normal y pueden restringir la ingesta de comida alternando con lo que llamamos “atracones” de alimentos, es decir ingieren grandes cantidades de comida en cortos periodos, pero a ocultas, y con sentimientos de culpa, eliminan lo ingerido ya sea por vómitos autoprovocados, por restricciones o ayunos prolongados, ejercidos excesivos, o menos comúnmente el uso de laxantes.

Todos estos comportamientos llevan a la adolescente a pasar el 80 o 90% del tiempo pensando en comida, calorías, dietas bajar de peso, no engordar etc., desconcentrando a la joven de los estudios, del desarrollo social, afectivo y todo lo relacionado al crecimiento emocional de esa etapa crucial de su vida.

Detectar estos trastornos no siempre es fácil, al inicio del problema, generalmente se detecta y accidentalmente después de 2 o 3 años de enfermedad ya cuando se ha instalado la anorexia, la bulimia, o la bulimarexia, que es ambos trastornos en uno.

¿Qué hacer cuando se sospecha de estos trastornos en nuestros alumnos?

1. Comunicar a los padres;
2. Comunicar al psicólogo del colegio;
3. Asegurarse de que la familia ponga a la alumna en tratamiento médico;
4. Donde hay una joven con trastorno de conducta alimentaria hay por lo menos tres compañeras con riesgo de anorexia o bulimia. Convocar a los padres de familia y darles charlas de prevención y promoción de salud contra la anorexia y la bulimia;
5. Diseñar una campaña con los alumnos para una cultura de paz y salud mental, con, por ejemplo, afiches, teatro, pinturas, murales etc.

Recordar que la mortalidad en casos de anorexia es alta 20% fallece a consecuencia de alguna complicación de la anorexia nerviosa; la bulimia puede causar muerte súbita al



vomitarse y ocasionar desequilibrios metabólicos; el suicidio no es poco frecuente en las bulímicas, así como las conductas de riesgo como abuso de drogas y alcohol, además de los accidentes por la impulsividad que caracteriza a estas jóvenes.

La amenorrea (falta de ciclo menstrual por tres meses o más) es también un problema para la adolescente con anorexia por las repercusiones a nivel hormonal y la disminución de calcio en los huesos lo cual ocasionará graves molestias, tarde o temprano, como la osteoporosis.

Bibliografía

1. Cano B. Los Trastornos de la conducta alimentaria desde la historia hasta nuestros días. Revista Peruana de Pediatría vol 55, N.º2 -2003.
2. M. Duarte Martín, R.M. López Martín, M. Martín Garzón, L.E. Blanco Montagut. Estudio sobre hábitos alimentarios en escolares adolescentes. www.medynet.com/elmedico/publicaciones.
3. Pérula L., Herrera E., Hábitos alimentarios de los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. Rev Esp Salud Pública 1999, 72: 147-150.
4. Rivera D. Conocimientos y conductas riesgosas de anorexia nerviosa en adolescentes de instituciones educativas estatales de la UGEL 4, Comas. Tesis de Licenciada en Enfermería. UNMSM, 2007.
5. Sepúlveda A. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación. Un metanálisis. Psicothema 2001; 13(1):7-16.

Autoevaluación

¿Qué es la anorexia nerviosa y cómo la identificamos en una alumna de secundaria?

¿Qué es la bulimia nerviosa y cómo la identificamos en una alumna de secundaria?

¿Se puede prevenir los trastornos de la conducta alimentaria? ¿Cómo?

4.8. Conducta antisocial y violencia en la escuela

Objetivos

- Conocer las características de la conducta antisocial y disocial;
- Estar en capacidad de reconocer a los alumnos con conducta antisocial y disocial;
- Contactar a los padres y sugerir que se necesita ayuda psicológica o psiquiátrica;
- Promover la convivencia pacífica;
- Combatir el *bullying* y enseñar estrategias de prevención.

El comportamiento antisocial ha sido definido de diversas maneras. Para Moreno Olmedilla el comportamiento antisocial en la escuela involucra seis tipos o categorías entre los que

debemos diferenciar: la disrupción en las aulas; los problemas de disciplina (conflictos entre profesorado y alumnado); el maltrato entre compañeros (*bullying*); el vandalismo y daños materiales; la violencia física (agresiones, extorsión), y el acoso sexual.

Los tipos de trastornos de conducta que se observan con más frecuencia en los niños y adolescentes son el oposicionismo-desafiante, el comportamiento disocial y el déficit de atención e hiperactividad. Ellos constituyen la causa más frecuente de consulta en los servicios infantiles y juveniles de salud mental.

El comportamiento antisocial puede, a veces, complicarse con un reiterado y persistente incumplimiento de las reglas, donde se violan los derechos básicos de los otros o se infringen las normas sociales en la escuela y la comunidad. La presencia de estos problemas se asocia con la aparición de conductas conflictivas en el futuro: desde el fracaso escolar, hasta el consumo de drogas; el desarrollo de personalidad antisocial y hasta la delincuencia.

La conducta antisocial severa se relaciona con el trastorno de conducta disocial que es una alteración del comportamiento, que raras veces se diagnostica en la infancia, caracterizado por un comportamiento antisocial que viola los derechos de otras personas, normas y reglas adecuadas para la edad predisponiendo a los niños o adolescentes a enfrentar problemas con la ley. Entre los comportamientos disociales podemos citar la irresponsabilidad, el comportamiento transgresor (ausencias escolares o el escaparse), la violación de derechos ajenos como el robo y la agresión física hacia otro (asalto u otra violación). Estos comportamientos a veces se presentan juntos, pero puede suceder que aparezca uno o varios de ellos sin estar acompañados por ninguno de los demás.

El bullying es la agresión física, verbal o psicológica efectuado por un alumno o grupo de alumnos, a un compañero, generalmente más débil, con el propósito de hacerle daño. El daño ocasionado puede ser físico o emocional y, si es continuo, y severo puede llevar a la depresión y hasta al suicidio. Las estrategias utilizadas para limitarlo han sido variadas, mostrando mejores resultados el desarrollo de habilidades sociales, el trabajo en grupo, la solución de conflictos y la supervisión tutorial.

La convivencia pacífica se logra con el respeto entre pares y de estos con el profesorado. Esta convivencia se asocia fuertemente con la disciplina y la presencia de habilidades sociales, las que deben ser cultivadas desde los primeros años de educación primaria y ser reforzados constantemente como eje transversal en la formación de hábitos y valores.

Bibliografía

1. Moreno Olmedilla JM. Comportamiento antisocial en los centros escolares: una visión desde Europa. Revista Iberoamericana de Educación. Número 18 – 1998 Ciencia, Tecnología y Sociedad ante la Educación.
2. Oliveros M, Kawashita D, Barrientos A. Aplicación del test de Moffitt validado en adolescentes mujeres con trastornos de conducta de inicio temprano y en conflicto con la ley. Diagnóstico 2006; 47(3): julio-septiembre.
3. Oliveros N, Kawashita D, Barrientos A. Factores de riesgo de abandono escolar en adolescentes mujeres en conflicto con la ley. Revista Peruana de Pediatría 2007; 60 (1):4-9.



4. Oliveros M, Ramírez R. Trastornos de conducta y violencia en adolescentes en conflicto con la ley. *Diagnóstico* 2008; 47(2):abril-junio.
5. Amemiya I, Oliveros M, Barrientos A. Factores de riesgo de *bullying* severo en colegios privados de tres ciudades del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina* 2009; 70(4): 255-258.
6. Oliveros M, Figueroa L, Mayorga G, Cano B, Quispe Y, Barrientos A. *Bullying* en colegios estatales de primaria en el Perú. *Revista Peruana de Pediatría* 2008; 61(4): 215-220.
7. Oliveros M, Figueroa L, Mayorga G, Cano B, Quispe Y, Barrientos A. Intimidación (*bullying*) en colegios estatales de secundaria en el Perú. *Revista Peruana de Pediatría* 2009; 62(2):68-78.

Autoevaluación

Defina conducta antisocial y disocial.

¿Podría reconocer a los alumnos con esos comportamientos?

¿Con su experiencia cree ser capaz de aconsejar a los padres sobre las mejores medidas a tomar?

¿Ha percibido *bullying* en las aulas, patios, baños del colegio? ¿Está en condiciones de reconocer la violencia escolar? ¿Cómo?

¿Cree usted que en su colegio se puede lograr la convivencia pacífica? ¿Cómo?

¿Se utilizan estrategias de prevención en su colegio? ¿Cuáles? ¿Se pueden implementar otras?

4.9. Adicciones y dependencias de inicio temprano

Objetivos

- Hacer conocer a sus alumnos el riesgo de consumir alcohol y drogas ilícitas;
- Hacer conocer los factores de riesgo familiar y sociocultural;
- Recomiende no frecuentar a los amigos que consumen drogas;
- Estrategias para prevenir el consumo de drogas;
- Incluir este tema en la escuela de padres.

Durante la adolescencia, los jóvenes tienen la capacidad de reproducción, de infligir lesión o muerte, y de consumir drogas legales e ilegales que pueden dañar o matar a ellos mismos o a otros. El sexo, las drogas y la violencia despiertan temor en sus padres.

Entre las conductas de riesgo para escolares cobran importancia las conductas antisociales, el estrés, consumo de alcohol y drogas ilícitas, las relaciones sexuales sin protección, la depresión y el suicidio, entre otras. Es conveniente abordar las conductas de riesgo dentro de un modelo de educación para la salud, con la finalidad de integrarlo como tema transversal al proyecto curricular de las instituciones



La encuesta efectuada por Devida el 2006 señala que el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) alcanza el 52,1%. Esto implica que más de la mitad de los estudiantes han consumido alguna droga legal en algún momento de su vida.

En nuestro país el consumo de drogas ilícitas entre escolares de secundaria sufrió un incremento de 18,9%, según el III Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, realizado entre noviembre y diciembre del 2009. En el caso de la marihuana existe un aumento del 23% en el consumo entre escolares, en comparación al 2007. Muchos adolescentes que experimentan con tabaco, alcohol o drogas ilícitas no progresan hasta volverse drogadictos, pero otros usuarios casuales avanzan hasta volverse drogodependientes. El 1,7% de escolares de nivel secundario de las principales ciudades del país admite haber consumido cocaína, el 1,6% PBC, y el 3,1% marihuana. Se han determinado etapas en el consumo de drogas por adolescentes: curiosidad o preabuso, experimentación, búsqueda activa de drogas, preocupación por las drogas, y adicción.

La marihuana es la droga ilícita que se consume con mayor frecuencia. El consumo de esta droga se acompaña de calificaciones bajas en la escuela, abandono de la religión y búsqueda desesperada de dinero para adquirirla.

La experimentación con el tabaco, alcohol y drogas ilícitas se debe a necesidades recreativas, sociales y emocionales, búsqueda de sensaciones y rebeldía. El consumo de drogas puede hacerlos participar en conductas de alto riesgo como actividad sexual insegura, con el riesgo de embarazo y enfermedades transmitidas por contacto sexual, conducta delincuente o antisocial, violencia con armas o sin ellas, consumo permanente de drogas y fracaso en la escuela.

La falta de vínculo con los progenitores, la falta de conexión familiar y la violencia doméstica son factores de riesgo para consumo de drogas. Se agregan la falta de supervisión, y pasar mucho tiempo solo en casa por que los padres trabajan. Son también factores de riesgo si los progenitores o hermanos consumen drogas, y los casos de abuso físico o sexual.

En una escala social un factor que parece afectar a niños y adolescentes son los medios de comunicación. Todos los días en diarios y en la televisión se aprecian noticias y escenas vinculadas a la violencia, sexo y drogas. Los comerciales sobre cerveza, vinos y tabaco menudean. Con frecuencia en las películas populares y en la televisión se presentan el consumo de drogas ilícitas.

Son muchos los estudios acerca de la prevención del consumo de drogas en los que se enfatiza la capacitación en habilidades para la vida, para la prevención de drogadicción en adolescentes y están en manos de especialistas de la Dirección de tutorías del Ministerio de Educación.



Bibliografía

1. Devida. Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2007-2011. Primera actualización. Diciembre 2009.
2. Vallejos J.F. Consumo de drogas y factores de riesgo y protección en escolares de educación secundaria. Devida. Revista Peruana de Drogodependencias 2005;3(1):95-128.
3. Ministerio de Educación. Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de Lima. 2004.
4. Dishion T, Kavanagh K, Schneiger A, Nelson S. Prevención del consumo de sustancias en la adolescencia temprana. Una estrategia familiar para la escuela pública media. Devida. Revista peruana de Drogodependencias 2004;2(1): 37-64.
5. Strasburger Víctor C. Estrategias para hacer que los adolescentes digan no al sexo, las drogas y la violencia en el nuevo milenio. Clínicas Médicas de Norteamérica 2000; 4:775-798.
6. Ministerio de Salud. Encuesta global de salud escolar. Resultados. Perú, 2010.

Autoevaluación

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de consumo de drogas legales e ilegales?
- ¿Qué estrategias conoce para evitar el consumo de drogas?
- ¿Existen especialistas en nuestro país que puedan brindar apoyo a sus alumnos?
- ¿Considera importante la conducta de la familia en la prevención del consumo?



CAPÍTULO IV

Salud mental

- 4.1 El grupo social y el niño en la escuela.
- 4.2 Temperamento y rasgos de personalidad en el niño.
- 4.3 Promoción de salud mental en la escuela.
- 4.4 Déficit de atención con hiperactividad.
- 4.5 Enfermedad depresiva y trastornos de ansiedad.
- 4.6 Ideación y conductas suicidas.
- 4.7 Los trastornos de la conducta alimentaria.
- 4.8 Conducta antisocial y violencia en la escuela.
- 4.9 Adicciones y dependencias de inicio temprano.

Dr. Bernardo Cano Uría





5.1. Biológica: hormonas sexuales. Tanner en hombres y mujeres. Fertilidad femenina y masculina

Hormonas sexuales y fisiología

Objetivos

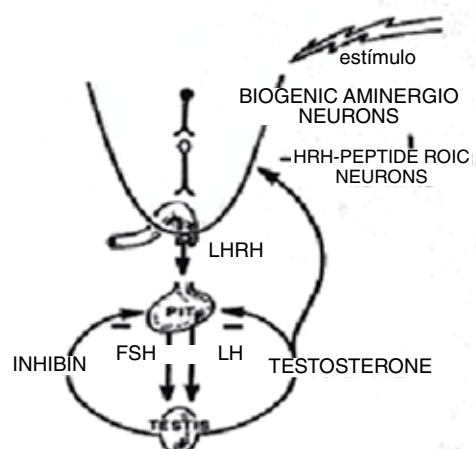
- Tener nociones básicas sobre la relación entre hormonas y fisiología sexual;
- Conocer las diferencias entre la fisiología masculina y femenina;
- Conocer los cambios hormonales y físicos que ocurren en la adolescencia;
- Entender la acción de las hormonas sexuales en la fertilidad masculina y femenina.

Las hormonas sexuales son fundamentales en la reproducción y en la conducta sexual, participan en la función de varios órganos como el pulmón, el corazón y los huesos, además de cumplir un papel importante en el sistema nervioso central y en la inmunidad. La acción de las hormonas se manifiesta desde la vida fetal y son las ejecutantes del programa genético que tenemos.

Los cambios de las hormonas sexuales son muy notorios, sobre todo en la pubertad, pues regulan el crecimiento longitudinal, el cambio de proporciones corporales y la distribución de grasa y desarrollo muscular característicos de esta edad. Las hormonas sexuales son cruciales en la diferenciación sexual del cerebro, un proceso fundamental para que los hombres y mujeres actúen, aprecien y piensen de manera diferente influyendo en el sueño, en la memoria, y en el estado de ánimo.

La pubertad es la etapa del desarrollo biológico en la que se dan cambios físicos en los órganos sexuales, secundarios al proceso hormonal. Estos cambios traen consigo incertidumbre y dudas para el adolescente. La pubertad comienza con un acelerado incremento en la producción de hormonas sexuales, aumentando la sensibilidad a nivel hipotalámico y haciendo que la hipófisis libere las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH).

En el varón, la hormona folículo estimulante (FSH) actúa sobre la células primitivas que se encuentran en el testículo, promueve el desarrollo y estimula la espermatogénesis, la hormona luteinizante (LH) desarrolla las células de Leyding que, ante el estímulo, producen testosterona, la que a su vez estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Durante la adolescencia, en los muchachos, los testículos incrementan la producción de andrógenos, particularmente de testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal



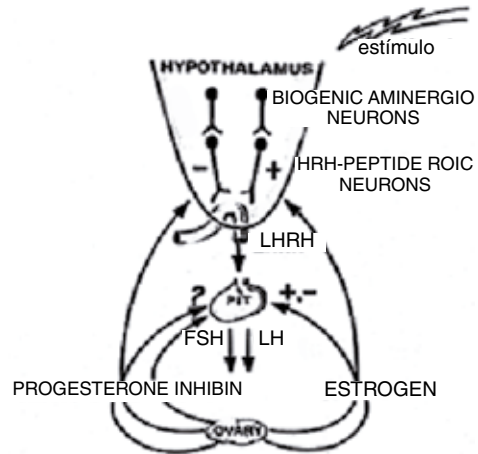


Inicio de la pubertad

Signo característico: Aumento del volumen testicular

Rango de presentación: entre los 9 y 14 años

En la mujer, La hormona (FSH) estimula la producción de estradiol y actúa en los folículos primordiales que se encuentran en el ovario. Algunos folículos se desarrollan más que otros en presencia de la LH, uno de ellos (el más maduro) se transforma en el óvulo femenino. La LH se secreta de manera cíclica e interactúa con la FSH para controlar el ciclo menstrual. En la adolescencia los ovarios iniciarán la producción de estrógeno, que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos.



Inicio de la pubertad

Signo característico: Aparición de botones mamarios

Rango de presentación: entre los 8 y 13 años

Los cambios físicos durante la pubertad son muy notorios, también la forma de pensar y sentir. Las niñas y los niños se convierten en hombres y mujeres adultos, en ocasiones pueden sentir vergüenza, tristeza, ira o temor ante situaciones que antes no los afectaban o que para otros parecen normales.

Desarrollo puberal y escala de Tanner.

Es necesario:

- Valorar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios;
- Conocer que hay niños y niñas con desarrollo acelerado normal de los caracteres sexuales secundarios;
- Entender que también hay niños y niñas que tienen desarrollo retardado normal de los caracteres sexuales secundarios;
- Relación del Tanner con ciclos menstruales.

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

1. **Física:** aparición y desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios que preparan al individuo para diferenciarse y participar en la vida sexual. Estos cambios ocurren en el período de la pubertad, que dura 4 años aproximadamente, (en las



mujeres se inicia antes que en los hombres), provocando luego la madurez sexual, vale decir; cuando la persona ya se puede reproducir. En las mujeres el signo de madurez sexual es la menarquía y en los hombres es la presencia de semen en la orina. El inicio de la pubertad en las mujeres está marcada por la aparición del botón mamario, y en los varones por el crecimiento testicular.

Hombres:

- Ensanchamiento de hombros
- Voz más profunda
- Cambios en la piel
- Aumento de la estatura

- Mayor sudor por la maduración de las glándulas sudoríparas
- Cabello y piel más grasosa debido a la maduración de las glándulas sebáceas

- Cuerpo más musculoso

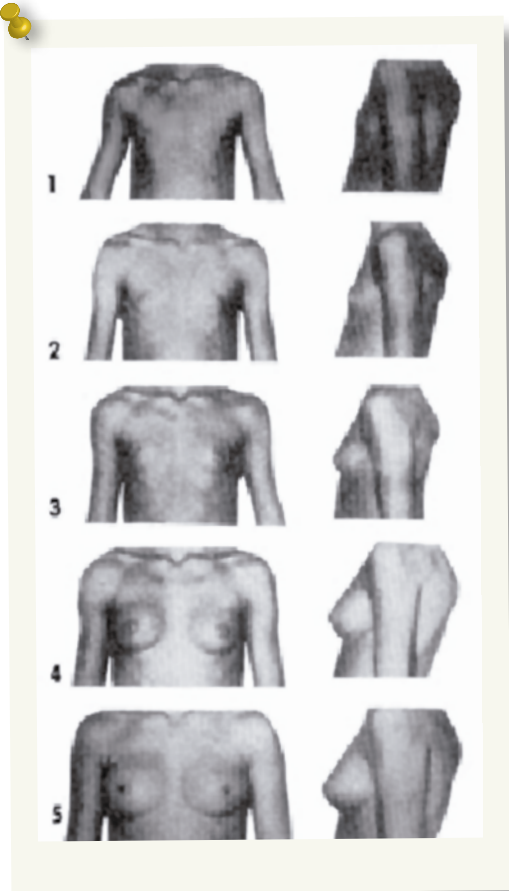
- Cambios en los genitales: **pene** mas alargado y con mayor grosor, aumento del tamaño de los **testículos**, la **próstata** y las **vesículas seminales** maduran y secretan semen.

- Crece el bello en: axilas, región púbica y alrededor de los genitales, región umbilical, cara, pecho, piernas y brazos

Mujer:

- Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis
- Cambio de voz
- Cambios en la piel
- Aumento de la estatura
- Aumento de la grasa corporal en mamas y zona púbica (monte de venus)
- Mayor sudor por la maduración de las glándulas sudoríparas
- Cabello y piel más grasosa debido a la maduración de las glándulas sebáceas
- Crecimiento mamario
- Adquieren una mayor curvatura corporal
- Presencia de menstruación
- Cambios en los genitales: mayor longitud y mayor elasticidad de la **vagina**, las **glándulas vestibulares** comienzan a secretar fluidos lubricadores, los **labios mayores, menores y clítoris** se agrandan, el **monte de venus** es más prominente, el **útero** duplica su tamaño.
- Crece el bello en: axilas, región púbica y alrededor de los genitales, piernas y brazos

EVALUACION DEL ESTADIO DE TANNER EN LA ADOLESCENTE MUJER



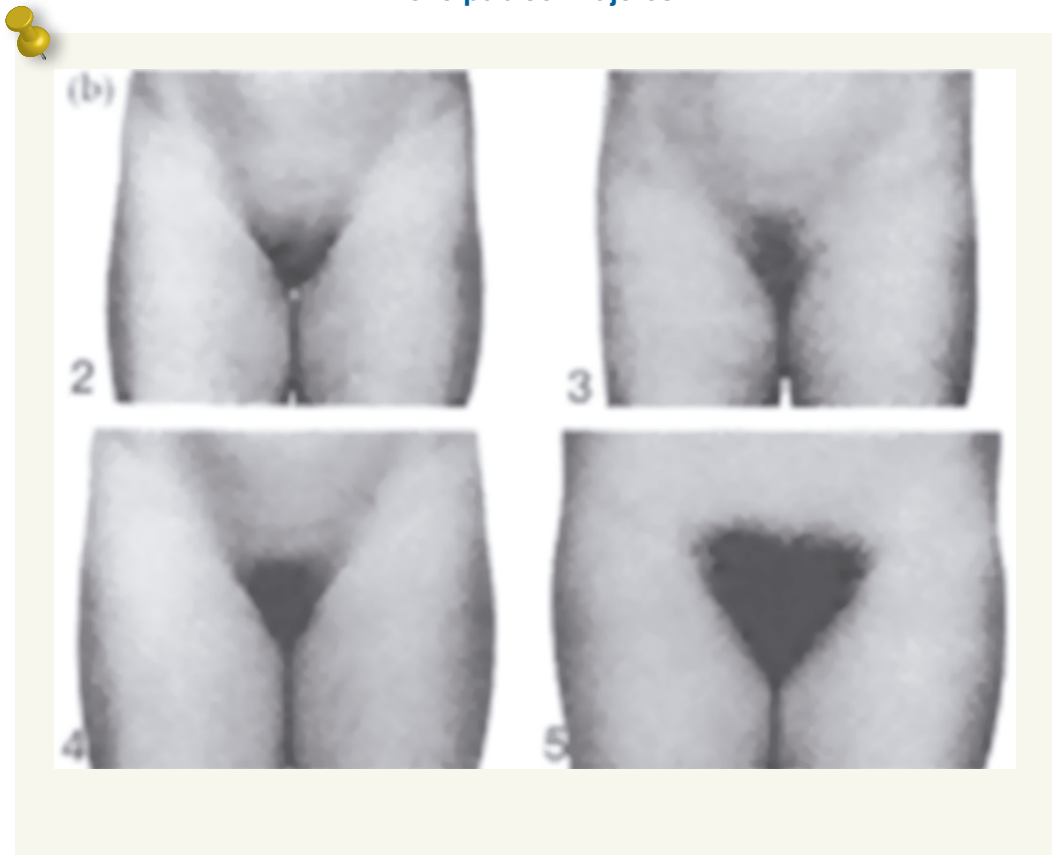
ESTADIOS DE DESARROLLO MAMARIO SEGÚN TANNER



- M1: prepúber;
- M2: aparición del botón mamario;
- M3: mama y areola aumentan de tamaño ("cono único");
- M4: areola y pezón se proyectan sobre la mama ("doble cono");
- M5: mama adulta. Solo protruye el pezón.




Vello púbico. Mujeres



- VP1:** ausente.
- VP2:** presencia de pelo alargado sobre los labios mayores.
- VP3:** pelos ondulados en mayor cantidad sobre la sínfisis pubiana.
- VP4:** parecido al de la mujer adulta pero sin alcanzar el muslo.
- VP5:** tipo adulto.

EVALUACIÓN DEL ESTADIO DE TANNER EN EL ADOLESCENTE VARÓN

ESTADIOS DE DESARROLLO GENITAL SEGÚN TANNER (Varón)



- **G1** : Pre-púber. Testículos con longitud menor a 2.5 cm o volumen menor a 4 ml.
- **G2** :Testículos con longitud de 2.5-3.2 cm o volumen de 4-6ml.
- **G3** :Testículos con longitud de 3.3 - 4 cm o volumen de 6 - 12 ml. Alargamiento del pene y pigmentación del escroto.
- **G4** :Testículos con longitud de 4.1 - 4.5 cm o volumen de 12 - 16 ml. Mayor crecimiento del pene en longitud y grosor. Pigmentación intensa del escroto.
- **G5** :Testículos con longitud mayor a 4.5cm o volumen mayor a 16 ml.



Cambios psicológicos y sociales

1. **Psicológicos:** se manifiesta en la búsqueda de identidad y autonomía, conocimiento, curiosidad e intenciones acerca de la sexualidad. Muchos de los adolescentes luchan con su nuevo aspecto, cambios de humor, enojo y tristeza. Tienen necesidad de mayor independencia y privacidad. Recordemos, además, que es la etapa de los “amores platónicos” o “enamoramientos pasajeros” con estrellas de cine, maestros, compañeros u otros.

El pensamiento proporcional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual, elaborar planes y sentir atracción sexual por otra gente.

Todos estos sentimientos son normales, no es bueno sentirse culpable. No obstante, responder a todos estos sentimientos constituye una gran responsabilidad.

2. **Sociales:** el joven se identifica con su propio sexo (sexo identificado), es decir, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su sexo. Este sexo identificado necesita ser reconfirmado por los otros (por ejemplo, relaciones con pares de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo, etc.), y por el propio adolescente, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social. El rol sexual es el comportamiento de cada individuo como hombre o mujer, y la orientación sexual se refiere al objeto hacia el cual se dirige el impulso sexual



Fertilidad masculina

Durante la pubertad, los varones empiezan a tener erecciones y eyaculación como resultado de sueños eróticos. Observarán otros cambios también, como por ejemplo se les alargará y ensanchará el pene, así como crecerán los testículos.

La espermatogénesis es el proceso mediante el cual se desarrollan los gametos masculinos, se inicia en la adolescencia y señala el inicio de la fertilidad masculina. La expulsión del líquido seminal por el pene es la eyaculación, que no está presente necesariamente en cada erección.

Es importante reconocer que un adolescente no puede evitar tener una erección o sueños eróticos, y estos son completamente normales.

La combinación de un inicio sexual temprano y la falta de conocimientos sobre fertilidad apuntan a la necesidad de programas efectivos de educación sexual en los colegios de enseñanza básica

El varicocele se presenta en el 15% de la población masculina normal y en el 40% de los hombres se presentan con infertilidad. El varicocele produce un efecto deletéreo en la espermatogénesis, debido a que eleva la temperatura testicular por el reflujo venoso. Los hombres jóvenes que presentan varicocele y análisis de semen normal deben ser seguidos con análisis de semen cada uno o dos años.

Fertilidad femenina

Alrededor de uno a dos años después de que los senos de la adolescente comienzan a desarrollarse, se produce el primer ciclo menstrual. Ellas también pueden observar o sentir un líquido blanco transparente proveniente de la vagina en relación con los cambios hormonales.

Durante los primeros 2 años después de la menarquia, la mayoría de los ciclos son anovulatorios en un porcentaje de alrededor de 50% de las adolescentes. Ellas se vuelven fértiles cuando los ciclos menstruales se acompañan de ovulación.

La menstruación es un flujo normal y sano de sangre y tejidos procedentes del útero y es una señal muy clara que la mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales. La mujer es fértil cuando tiene la capacidad de quedar embarazada. Es fértil solamente algunos días del ciclo menstrual. De hecho, una gran diferencia con el varón es que este es fértil todos los días y tiene la posibilidad de engendrar siempre, mientras que la mujer solo tiene algunos días fértiles durante su ciclo menstrual.

Las mujeres tienen secreciones normales que les hace sentir la sensación de estar mojadas, esto se llama “leucorrea fisiológica” y, a veces, le trae confusión a ellas y a sus padres por la sospecha de una infección o del inicio de relaciones sexuales. Por ello, recordar que la adolescente normalmente humedece sus genitales en relación al flujo hormonal, precisamente en la fase de ovulación cuando se humedecen a modo de preparar su cuerpo para recibir al óvulo fecundado, favoreciendo también el desplazamiento de los espermatozoides.



Autoevaluación

- ¿Cuándo empieza la pubertad y cuánto dura?
- ¿Cómo cambian los cuerpos de acuerdo a las hormonas en el varón y en la mujer?
- ¿Cuándo son fértiles el hombre o la mujer?
- ¿Qué secreciones son normales en el hombre y la mujer?

5.2. Emocional: los sentimientos y la sexualidad en la adolescencia. Enamoramiento. Respuesta sexual humana

Los sentimientos y la sexualidad en la adolescencia

Objetivos

- Tener nociones básicas sobre los sentimientos en la adolescencia;
- Entender la etapa de enamoramiento en la adolescencia;
- Conocer la respuesta sexual humana y sus repercusiones.

Para la mayoría de los adolescentes, los problemas que les preocupan no son los relacionados con el sexo- en contra lo que muchas veces suponen los adultos, incluidos sus propios padres- sino lo que se refiere al sentido de la vida.

La vida afectiva de la adolescencia se afirma por la doble conquista de la personalidad (tomando en cuenta que la personalidad se inicia a partir del final de la infancia, entre los 8 y 12 años) y de su inicio en la sociedad adulta. El joven, a pesar de su personalidad incipiente se coloca como un igual ante sus mayores, pero se siente diferente a estos, debido a la nueva vida que se agita en él. Es por ello que quiere sobrepasar y sorprender a los adultos, transformando el mundo.

He aquí por qué los planes de vida de los adolescentes, por una parte, están llenos de sentimientos generosos, altruistas o místicos y por otra son inquietantes por su megalomanía (sentimientos de grandeza) y su gran egocentrismo.

El adolescente se atribuye con toda modestia, un papel esencial en la salvación del mundo y organiza su plan de vida en función de esta idea.

En lo que al amor se refiere, es cierto que el adolescente lo descubre, pero lo que trata es de proyectar sus ideales en un ser real. Es por eso que las decepciones son tan repentinas como los enamoramientos, pues el adolescente ama, platónica o realmente, como si viviera una novela.

En cuanto a la vida social del adolescente, encontramos que cuando se enfrenta a situaciones sociales, en ocasiones se repliega llegando a parecer poco sociable o desadaptado. Esto



no debe ser motivo de preocupación para los padres, pues la sociedad que le interesa es la que quiere transformar y no siente más que desprecio y desinterés por la sociedad real que él condena. Además, la sociabilidad del adolescente se afirma a través de la vida, en la relación con sus iguales. La verdadera adaptación a la sociedad vendrá automáticamente cuando, de reformador, el joven pase a realizador.

Entonces no hay por qué inquietarse por las extravagancias y los desequilibrios de los muchachos, a menos que estos sean permanentes y sostenidos en el tiempo. Por el contrario, algunos estudios psicológicos han demostrado que aquellas personas que entre los trece y los diecisiete años no construyeron sistemas que insertaran su vida en un amplio sueño de reformas, o los que al primer contacto con el mundo material, sacrificaron inmediatamente sus ideales de rebeldía a los intereses de los adultos, no han sido en su madurez, las personas más exitosas o las más productivas.

Los adolescentes y el impulso sexual

De todos los acontecimientos del desarrollo de la adolescencia, el más importante es el aumento del impulso sexual, así como de los pensamientos y sentimientos nuevos a menudo misteriosos que la acompañan. Un obstáculo importante tanto para las muchachas como para los muchachos es la integración de la sexualidad con otros aspectos del surgimiento del sentido de sí mismo, sin tener que pasar por demasiados conflictos y ansiedad.

Al menos en los inicios de la adolescencia, el problema puede ser mayor para los varones que para las hembras ya que, por múltiples razones, los adolescentes están más conscientes de sus impulsos sexuales que las adolescentes y les es más difícil negarlos.

Es más usual ver cómo las jovencitas limitan su impulso sexual. Entre ellas puede ser más difuso y ambiguo y estar relacionado con otras necesidades como el amor, la autoestima, la confianza y el afecto. En la actualidad ha ido creciendo el número de muchachas que se encuentran tan preocupadas por el sexo y pueden tener una motivación tan grande por este como los muchachos.

Algunos consideran esto como una respuesta natural facilitada por la creciente información sexual que hoy manejan las muchachas. En otros casos, podría tratarse de la búsqueda del amor, del reconocimiento o la aceptación por parte del sexo opuesto, o bien una expresión de rebelión o resentimiento.

Pero, a pesar de estas diferencias relativas, los adolescentes de ambos sexos concuerdan en lo referente a la sexualidad. Quieren saber del inicio sexual, la concepción, el embarazo y el control de la natalidad. Desean saber cómo ajustar el sexo a sus valores globales y cómo tener relaciones constructivas y provechosas.

En este sentido, la educación sexual que manejen los padres y comunican a sus hijos, podrá evitar que estos busquen información en el entorno en que se desenvuelven y que, en muchos casos, puede ser malsana y desviada.

Enamoramiento en la adolescencia

¿Cómo se manifiesta el enamoramiento en la adolescencia?

Estas son algunas de las situaciones que nos preguntamos los adultos y de lo que puede suceder:

«Cuando se enamoran suelen experimentar sentimientos tan intensos que ahuyentan el sueño, las ganas de comer y la capacidad de concentrarse en cualquier otra cosa».

«Los enamorados sueñan despiertos imaginando situaciones y escenarios diversos en los que se ven a sí mismos reunidos con su amada o amado».

«Todas las antiguas fantasías y añoranzas se actualizan y se mezclan ahora con esta nueva relación. De esta manera encuentra expresión la necesidad que ya existía de recuperar un antiguo objeto amoroso ideado - como la madre de la primera infancia- con el que el niño estaba o ansiaba estar en perfecta armonía. Hay una búsqueda de algo que es todo belleza, ansia de ser comprendido sin palabras, de apoyo y de aceptación total».

«La grandísima intensidad con que el adolescente vive esos sentimientos se adueña hasta tal punto de toda su energía y de toda su vida misma que puede llegar a asustar a la familia e incluso al propio adolescente».

«Después, cuando los dos jóvenes ahondan en su relación empiezan a conocerse como gente real, con sus verdaderos sentimientos y necesidades».

Entender los sentimientos de nuestros hijos adolescentes nos permitirá considerarlos como SERES HUMANOS

Tareas que deben cumplir los adolescentes

Para comprender un poco más los procesos que ocurren en la adolescencia es importante conocer y entender las “diez tareas que deben de cumplir los/las adolescentes” en su vida. Ellas serían:

1. Acostumbrarse a cuerpos y sentimientos en proceso de maduración sexual

Los/las adolescentes deben:

- Adaptarse a un cuerpo que duplica su tamaño y adquiere características sexuales;
- Aprender a manejar los cambios biológicos y los sentimientos sexuales que los acompañan;
- Practicar conductas sexuales saludables;
- Establecer una identidad sexual;
- Desarrollar habilidades para las relaciones románticas.

2. Desarrollar y aplicar habilidades de pensamiento abstracto

Los/las jóvenes suelen atravesar cambios profundos en su forma de pensar durante la



adolescencia, lo que les permite:

- Comprender y coordinar ideas abstractas más efectivamente;
- Pensar en distintas posibilidades;
- Ensayar hipótesis;
- Pensar en el futuro;
- Pensar sobre el pensamiento;
- Construir filosofías.

3. Desarrollar y aplicar un nivel de perspectiva más complejo

Los/las adolescentes adquieren una nueva y potente habilidad para:

- Comprender las relaciones humanas;
- Aprender a "ponerse en el lugar de otra persona";
- Aprender a tener en cuenta simultáneamente sus propias perspectivas y las de los demás;
- Usar esta nueva capacidad para resolver conflictos y problemas en las relaciones.

4. Desarrollar y aplicar nuevas habilidades de adaptación en tareas tales como la toma de decisiones, la solución de problemas y la resolución de conflictos

En relación con todos estos cambios notables, los/las adolescentes adquieren nuevas habilidades para:

- Pensar y planificar el futuro;
- Utilizar estrategias más sofisticadas en la toma de decisiones, solución de problemas y la resolución de conflictos;
- Moderar los riesgos que toman;
- Alcanzar sus metas en lugar de ponerlas en peligro.

5. Identificar patrones morales, valores y sistemas de creencia significativos

Construyendo sobre estos cambios y las habilidades resultantes, los/las adolescentes pueden:

- Desarrollar un entendimiento más complejo del comportamiento moral y los principios subyacentes de justicia y afecto;
- Cuestionar creencias de la infancia;
- Adoptar valores, visiones religiosas y sistemas de creencias personalmente más significativos para guiar sus decisiones y comportamientos.

6. Comprender y expresar experiencias emocionales más complejas

Con relación a estos cambios, los/las adolescentes tienden a:

- Adquirir la habilidad de identificar y comunicar emociones más complejas;
- Comprender las emociones de otros de maneras más sofisticadas;
- Pensar acerca de las emociones de manera abstracta.

7. Formar amistades íntimas de apoyo mutuo



Si bien los jóvenes típicamente tienen amigos durante toda la infancia los/las adolescentes suelen:

- Desarrollar relaciones de pares que cumplen un papel mucho más importante para brindar apoyo y conexión en su vida;
- Pasar de amistades basadas en gran medida en compartir actividades e intereses a otras basadas en compartir ideas y sentimientos, con el consiguiente desarrollo de confianza y entendimiento mutuo.

8. Establecer aspectos claves de la identidad

Hasta cierto punto, la formación de la identidad es un proceso que dura toda la vida, pero los aspectos cruciales de la identidad se forjan típicamente durante la adolescencia, incluyendo:

- Desarrollar una identidad que refleja un sentido de individualidad y la conexión con personas y grupos valorados;
- Desarrollar una identidad positiva con respecto al género, los atributos físicos, la sexualidad, la etnia y si fuera el caso, el hecho de ser adoptado;
- Desarrollar una conciencia de la diversidad de grupos que conforman la sociedad.

9. Hacer frente a las demandas que implican roles y responsabilidades cada vez más madurez

Los/las adolescentes gradualmente adoptan los papeles que se esperará de ellos durante la adultez:

- Aprender a adquirir las habilidades y manejar las múltiples demandas que les permitirán moverse en el mercado laboral;
- Satisfacer las expectativas en cuanto a su compromiso con la familia, la comunidad y la ciudadanía.

10. Renegociar las relaciones con los adultos que ejercen el rol de padres

Si bien algunas veces la tarea de los/las adolescentes ha sido descrita como “separarse” de los padres y otros cuidadores, se la considera como una tarea conjunta de adultos y adolescentes para:

- Negociar un cambio que establezca un equilibrio entre la autonomía y una conexión continua, enfatizando una u otra según los antecedentes étnicos de cada familia.

Respuesta sexual humana

La respuesta sexual humana es la manera de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto de una manera física como desde el punto de vista más puramente personal, desde la vivencia más íntima de ese deseo. Es decir, no se limita simplemente a una respuesta física sino que comprende una experiencia mucho más compleja.

Desde el punto de vista físico, estas respuestas se pueden clasificar en función de si son cambios genitales o extragenitales, es decir, del resto del cuerpo. Pero también es importante conocer el alcance emocional y psicológico de las relaciones sexuales para evitar posibles problemas que puedan afectar a la pareja y poder disfrutar de una de las



más gratificantes experiencias del ser humano: el sexo.

Hay que tener en cuenta que los cambios o respuestas psicológicas, son más difíciles de clasificar en tanto que son vividas de forma personal por cada ser humano en base a sus experiencias, vivencias y aprendizajes a lo largo de la vida.

Respuesta genital y extragenital

Fases

Según Masters y Johnson, la respuesta sexual humana, en función de los cambios que se producen en el cuerpo, pasa por cuatro fases: fase de excitación, fase de meseta, fase orgásmica, y fase de resolución. No obstante, para tener una visión completa de la sexualidad normal, es necesario añadir una etapa más a las clásicas de Masters y Johnson: una anterior a la fase de excitación que es la fase de deseo sexual. Esta fase es de carácter psicológico, al contrario de las cuatro clásicas, que son de carácter enteramente fisiológico.

Fase de deseo

Se define como el interés que muestra una persona sobre la sexualidad, es decir, procede de nuestros pensamientos la estimulación o la postergación de los impulsos sexuales; estos pensamientos son inducidos por los órganos de los sentidos, en especial la visión, la cual estimula zonas de ensoñación y la fantasía en el cerebro. A su vez, existen conexiones con centros de control hormonal, que secretan especialmente testosterona y luteína que aumenta el deseo sexual. No se observan cambios visibles en el cuerpo durante esta fase, ya que se trata solo de un proceso mental.

Fase de excitación

Comprende la respuesta anatómica y fisiológica que se produce como resultado de una estimulación sexual que puede ser física o psíquica mediante pensamientos sexuales. La respuesta de excitación es un reflejo de tipo neurovascular, donde la mayoría de los cambios que se producen son el resultado de un mayor flujo de sangre a los órganos genitales y de los cambios locales de los vasos sanguíneos en estos órganos. Además de los cambios genitales se producen cambios que afectan al organismo en su totalidad. La duración de esta fase puede oscilar entre unos minutos, o una media hora.

En la mujer aparece lubricación vaginal, que puede aparecer entre los 10 y 30 segundos después de haberse iniciado la excitación; los dos tercios internos de la vagina se expanden; se produce vasocongestión de los labios mayores y menores y aumento de tamaño del clítoris, para facilitar su estimulación. Normalmente, los pezones de la mujer se ponen rígidos, pudiendo producirse un agrandamiento de los pechos.

En el hombre, un aumento significativo en el nivel de testosterona en la sangre, establece una relación con la excitación sexual, donde el signo físico más destacado es la erección del pene (el tamaño y la dureza varía de unos individuos a otros, y la fatiga y la ansiedad pueden hacer variar la excitación), que es producto de la vasocongestión que llena de sangre los tejidos esponjosos. Los testículos se aproximan más al cuerpo y aumentan ligeramente de tamaño; algunos experimentan erección en los pezones. Debido al aumento

de afluencia de sangre, los genitales se oscurecen.

Fase de meseta

Es un estadio de alta tensión o excitación sexual, a lo largo del cual se suele producir una nivelación y se alcanza el grado de excitación sexual necesario para que se desencadene el orgasmo, es decir, en esta etapa la intensidad de los signos de la fase anterior aumenta, y la duración de esta fase es muy variable. En los dos sexos se da un aumento de la respuesta nerviosa simpática, lo que provoca la elevación de la tensión muscular, de la respiración, de la presión y del ritmo cardíaco. También se produce el rubor sexual, un enrojecimiento sobre todo del pecho y la cara, se debe a un aumento de la circulación de la sangre bajo la piel.

En la mujer, la intensa vasocongestión prepara la plataforma orgásmica, que estrecha en un 30% o más la abertura de la vagina; el útero se eleva y el clítoris se retrae contra el hueso púbico. Los labios menores se agrandan ostensiblemente; la areola mamaria se agranda y como se ha dicho aparece el rubor sexual.

En el hombre aumenta levemente el diámetro del glande, hay un hinchazón en los testículos, y su elevación total indica la inminencia del orgasmo; en ocasiones aparece en pequeña cantidad un fluido transparente en la uretra.

Fase de orgasmo

Es la más corta del ciclo de respuesta sexual, y dura de 3 a 15 segundos. En esta las pulsaciones y la respiración llegan a la máxima frecuencia e intensidad.

En la mujer, se caracteriza por contracciones rítmicas simultáneas del útero, el tercio exterior de la vagina (plataforma orgásmica) y el esfínter anal.

Respecto a esta, una vez que se llega a la fase más avanzada de la excitación o lo que para otros sería la primera fase del orgasmo, es importante que no se detenga la estimulación si se pretende llegar al orgasmo.

En el hombre, los conductos deferentes así como la próstata y las vesículas seminales inician una serie de contracciones que impulsan al semen dentro del bulbo de la uretra (fase de emisión).

Este experimenta una sensación de inevitabilidad eyaculatoria, es decir, la sensación de haber llegado al límite de su control, tras lo cual se produce la eyaculación (por contracción del pene y la uretra); durante la misma, el cuello de la vejiga urinaria se cierra herméticamente para que el semen fluya y no se produzca mezcla con la orina. Los orgasmos varían no solo en cada hombre o mujer en particular, sino en distintos momentos de un mismo individuo.

Muchas mujeres tienen una aptitud multiorgásmica, es decir, la posibilidad de alcanzar uno o varios orgasmos sucesivos en un breve lapso de tiempo, sin deslizarse del nivel de meseta de la última fase de la excitación sexual. En cambio, en el hombre el orgasmo es acompañado de una eyaculación, y se desencadena el periodo refractario, durante el cual



el hombre no puede volver a excitarse. Este período tiene una duración aleatoria, aunque se suele establecer que dura aproximadamente lo mismo que la fase de excitación.

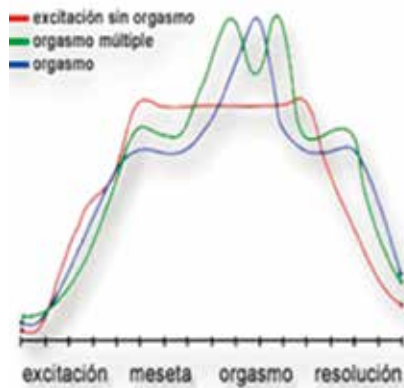
Además de la respuesta física, se produce en ambos sexos una respuesta emocional muy variada, que aparte de sentimientos de placer de gran intensidad, bienestar y satisfacción, puede provocar como respuesta gritos, llanto o risas. Aunque también es posible una respuesta mucho más contenida, como una dilatación pupilar fugaz.

Fase de resolución

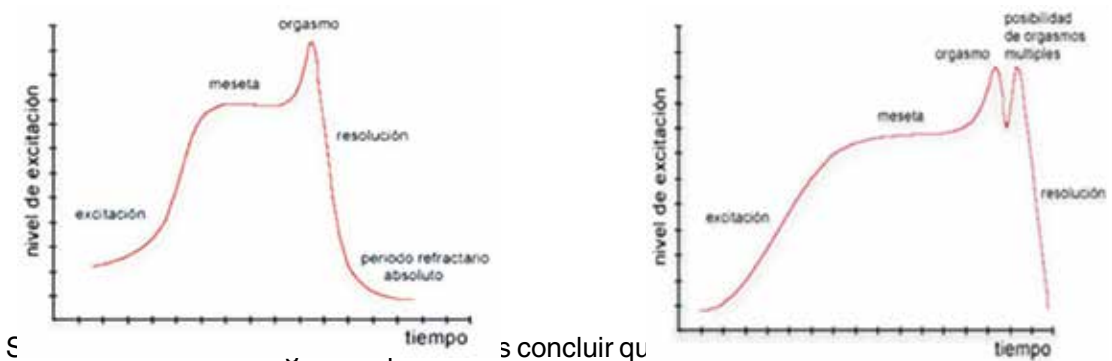
Durante esta fase, los cambios fisiológicos y anatómicos que aparecieron en las tres fases anteriores vuelven a su estado normal previo a la excitación, pero además, esto se acompaña de una sensación de relajación y de bienestar.

La rapidez de esta fase varía según la naturaleza del resto del ciclo de respuesta sexual y de otros factores como la edad, velocidad del ciclo de respuesta sexual, etc.

Para expresar gráficamente la respuesta sexual del hombre y de la mujer, quedaría de la siguiente manera:



A continuación se muestra la respuesta sexual masculina (izda.) y la respuesta sexual femenina (dcha.):



s concluir qu



facilidad alcanza la fase de meseta y el orgasmo, por lo que se puede producir que el varón tenga su orgasmo y la mujer esté en la fase de meseta y no alcance el orgasmo, ya que el hombre se encontraría en ese momento en su período refractario absoluto.

En las dos siguientes tablas se recogen los cambios que tienen lugar en el hombre y la mujer durante cada una de las fases de la respuesta sexual (genital y extragenital).

Respuesta genital en ambos sexos	
Respuesta masculina	Respuesta femenina
Erección del pene, el cual se agranda.	Lubricación vaginal.
Los testículos de tamaño y se elevan.	Aumenta el tamaño y longitud de la vagina.
Los genitales se oscurecen.	El glande del clítoris se hace más grande y sale del capuchón.
Secreción de las glándulas de Cowper.	Separación y aplanamiento de los labios mayores, que engrosan y enrojecen.
Cierre del esfínter interno de la vejiga.	Aumento de tamaño de los labios menores y de su congestión vascular.
Eyacuación.	Elevación del útero.
	Enrojecimiento de los labios menores y la pared vaginal.

Respuesta extragenital en ambos sexos	
Respuesta masculina	Respuesta femenina
Erección de los pezones.	Aumento de los pechos por vasocongestión y erección de los pezones.
Rubor sexual.	Rubor sexual (sobre todo en la piel del pecho y vientre).
Tensión y contracciones musculares.	Tensión y contracciones musculares.
Aumento de la tasa respiratoria.	Aumento de la tasa respiratoria.
Aumento de la presión sanguínea.	Aumento de la presión sanguínea.
Contracciones en el esfínter.	Contracciones en el esfínter del recto.



Autoevaluación

- ¿Cómo se manifiesta el enamoramiento en la adolescencia?
- ¿Qué cambios afectivos experimenta el adolescente?
- ¿Mencione algunas de las tareas o actitudes que el adolescente debe entender y expresar?
- ¿Qué es la respuesta sexual humana?
- ¿Cuáles son las etapas de la respuesta sexual humana?
- ¿Cómo se manifiesta la respuesta sexual en el hombre?
- ¿Cómo se manifiesta la respuesta sexual en la mujer?

Bibliografía

1. Sentimiento sexual / <http://www.vivirdiario.com/juventud/educacion-en-los-sentimientos-sexuales-de-los-jovenes/>.
2. <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/tareas.asp>.
3. Sexualidad.ws. Evolución sexual [acceso 14 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.Sexualidad.ws/>.
4. Sexualidad. Sidalava.org [acceso 1 de octubre de 2009]. Disponible en: http://www.sidalava.org/WEBcastellano/4_sexualidad.htm.
5. L. Palomares. Respuesta sexual humana. Madrid: sexología.org; 2009 [acceso 6 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.sexologia.org/respuesta-sexual-humana.html>
6. Banco de materiales IEC – GTZ: <http://www.infotext.org/capacita/>.
7. Manual de sexualidad y juventud: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3_5/3_5_6/.
8. El enamoramiento: <http://rev> **OJO revisar esto con el autor, está incompleto**

5.3. Planeación, prevención y educación: derechos sexuales y reproductivos. Métodos anticonceptivos. Masturbación. Higiene sexual

Objetivos

- Conocer los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes;
- Nociones básicas sobre los principales métodos anticonceptivos;
- Entender la masturbación como proceso normal dentro de la sexualidad humana;
- Nociones básicas de Higiene sexual.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos que toda persona tiene para decidir con quién, cuándo y cómo tiene, o no, hijos y relaciones sexuales. Son derechos que garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva.

Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir sobre su sexualidad libre y responsablemente sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia. Supone unas relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, que garanticen la integridad de ambos y el respeto mutuo, asumiendo de manera compartida, las responsabilidades y consecuencias que se deriven de sus comportamientos sexuales.

Los derechos reproductivos hacen referencia a ciertos derechos humanos ya reconocidos en tratados internacionales y a otros que todavía no están reconocidos, como por ejemplo el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libremente el número y espaciamiento de hijos, y a disponer de información, educación y medios para ello, así como al derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.

DEFINICIÓN BÁSICA DE LOS DERECHOS SEXUALES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS 2004)

Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, los documentos internacionales sobre derechos humanos y otras declaraciones de consenso. Entre ellos se encuentra el derecho de toda persona, sin coacción, discriminación, ni violencia, a:

1. Alcanzar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad, incluido el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva;
2. Buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad;
3. Recibir educación sexual;
4. Respeto de la integridad física;
5. Elegir pareja;
6. Decidir ser o no sexualmente activa;
7. Mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo;
8. Decidir tener hijos, o no, y cuando;
9. Llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

Los derechos sexuales y reproductivos son de conceptualización reciente, y son los mismos derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción.

Se ha dicho que los derechos sexuales y reproductivos son los más humanos de todos los derechos y representan el pilar fundamental para el ejercicio de la ciudadanía, entendida más allá de la simple posibilidad de tomar decisiones en el ámbito público (elegir y ser elegido); ya que implican la posibilidad a mujeres y hombres de tomar decisiones autónomas



sobre su propio cuerpo y vida en los campos de la sexualidad y la reproducción.

Si a los hombres y mujeres como ciudadanos y ciudadanas les es permitido decidir el destino de sus países, ¿cómo se les puede privar de tomar decisiones acerca del destino de sus cuerpos?

¿Cuál es el alcance de los derechos sexuales?

Puede decirse que son aquellos que permiten regular y tener control autónomo y responsable sobre todas las cuestiones relativas a la sexualidad, sin ningún tipo de coacción, violencia, discriminación, enfermedad o dolencia.

Para las mujeres los derechos sexuales tienen un especial significado, pues involucran el derecho a ser tratadas como personas integrales y no como seres exclusivamente reproductivos, y a ejercer la sexualidad de manera placentera sin que esta conlleve necesariamente un embarazo.

Estos derechos se apoyan básicamente en:

- La capacidad de hombres y mujeres de disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias;
- La ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso;
- El acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad, incluidas las de transmisión sexual y el VIH/Sida;
- La posibilidad de separar el ejercicio de la sexualidad de la reproducción.

Los derechos sexuales implican, entre otros:

- El derecho a reconocerse como seres sexuados;
- El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad;
- El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual;
- El derecho a vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso;
- El derecho a escoger las y los compañeros sexuales;
- El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales;
- El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activa/o o no;
- El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas;
- El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o permanece sola/o;



- El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual;
- El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual;
- El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad;
- El derecho a tener información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones y enfermedades que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

¿Qué alcance tienen los derechos reproductivos?

Permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear o no, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata.

Estos derechos se apoyan en dos principios fundamentales:

- Autodeterminación reproductiva, entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no y, en ese sentido, planear su propia familia;
- Atención de la salud reproductiva, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos de infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia) y programas de atención de cáncer uterino, de mamas y próstata.

Los derechos reproductivos implican específicamente:

- El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo;
- El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres;
- El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar;
- El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia);
- El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en los estudios, trabajo y dentro de la familia;
- El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los períodos de gestación, parto y lactancia y que brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos;
- El derecho a contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.

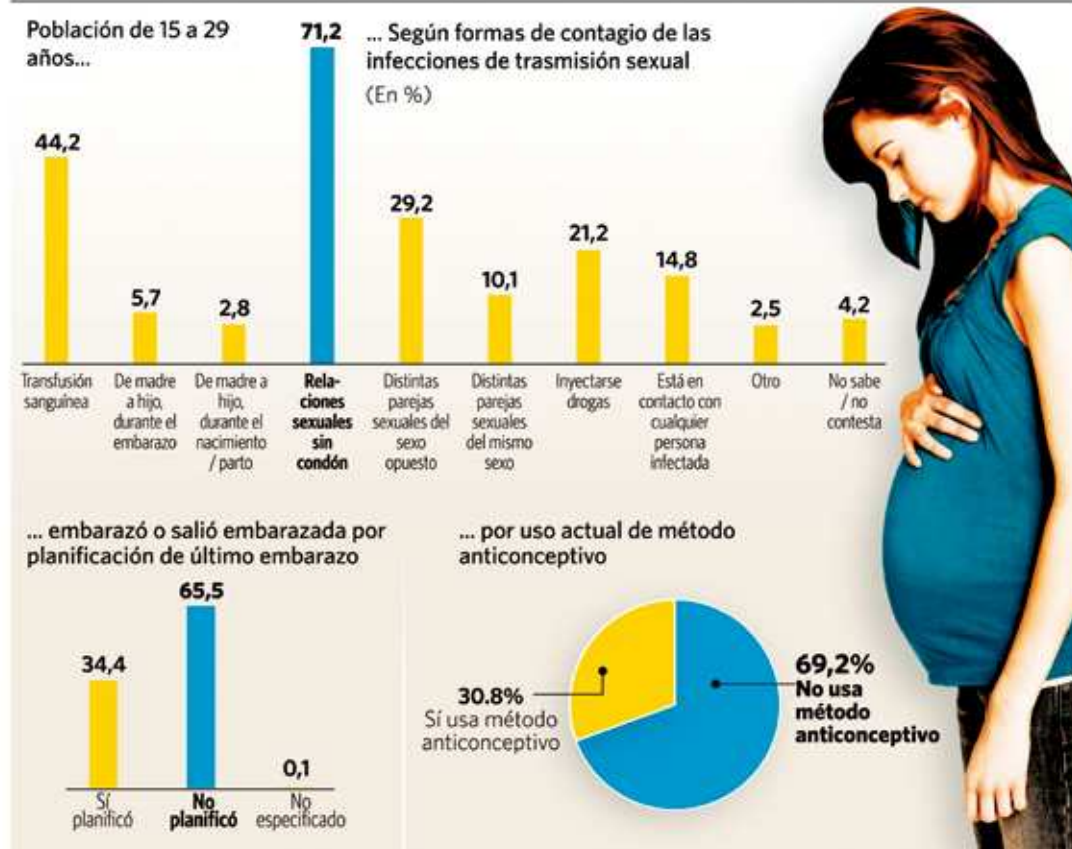
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS



¿Sabía usted que en el Perú sucede esto?

PREFIEREN NO USAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Jóvenes reconocen los riesgos de contraer una enfermedad por no usar condón.



¿Qué son los métodos anticonceptivos?

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Los métodos anticonceptivos incluyen todos los métodos o procedimientos que se utilizan para prevenir embarazos en mujeres que han iniciado actividad sexual. Existen métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados por hombres, pero la mayoría se han confeccionado para las mujeres, no obstante la responsabilidad es de ambos.

La mayoría de los métodos son reversibles, es decir, su efecto anticonceptivo es transitorio, solo por el tiempo en que se quiere evitar el embarazo. Otros métodos son definitivos e irreversibles como por ejemplo la esterilización femenina y la masculina.

Es importante informar al adolescente sobre...



¿Cuál es la importancia de utilizar métodos anticonceptivos?

- El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada, contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y mantener el nivel de salud.

¿Qué elementos se deben considerar cuando el adolescente solicita un método anticonceptivo?

Cuando el adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección.

Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes:

- Vida sexual activa;
- Número de parejas sexuales;
- Planeación de las relaciones sexuales;
- Prácticas sexuales de riesgo;
- Frecuencia de relaciones sexuales;
- Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal);
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos;
- Antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto;
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Con esta información el prestador de servicios informará al adolescente, a través de la consejería, sobre la gama completa de métodos, efectividad, forma y uso adecuado, contraindicaciones y posibles efectos colaterales.

¿Cuáles son los métodos que pueden ser utilizados por los adolescentes?

En la actualidad se cuenta con métodos anticonceptivos seguros y prácticamente sin repercusiones en la salud. La mayoría de los métodos temporales pueden ser utilizados por los adolescentes.

Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva son:

- hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU (dispositivo intrauterino).
Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el contagio de una Infección de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo.

En los adolescentes no es recomendable la promoción de los métodos “naturales” o de abstinencia periódica ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto.

¿Por qué a los adolescentes se les dificulta usar métodos anticonceptivos?



Existen diferentes obstáculos para que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos, algunos de ellos son:

- Desconocimiento de fuentes de obtención de métodos anticonceptivos y de la información correcta sobre estos;
- Uso erróneo de los métodos naturales más frecuentes utilizados como el ritmo y el retiro;
- Temor o vergüenza a solicitar un método anticonceptivo en un puesto de servicio por una posible desaprobación;
- Sensación de invulnerabilidad ante un posible embarazo o un contagio de una Infección de transmisión sexual o VIH/SIDA;
- Espontaneidad como condición para la relación sexual sobre todo en los primeros encuentros.

¿Qué hacer con los adolescentes que tuvieron una relación sexual no protegida?

En caso de una relación sexual no protegida se puede utilizar la anticoncepción de emergencia (AE) o anticoncepción alternativa, que es un método que tiene la ventaja de usarse inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales no planeadas o imprevistas. La AE son pastillas anticonceptivas de uso normal, ingeridas en dosis concentradas y en corto tiempo.

202

Es importante aclarar que un anticonceptivo surge efecto antes de un embarazo, por esta razón no es un método abortivo, ni un método de planificación familiar que se pueda utilizar de forma habitual. La protección anticonceptiva está limitada a la ingesta de las pastillas en forma correcta. No existen contraindicaciones conocidas, a la fecha, para su uso ocasional.

Clasificación de métodos anticonceptivos



Los mét

nonales;



intrauterinos; naturales; permanentes, y de emergencia. A continuación te presentamos una lista de los distintos métodos que existen hoy en día.

Métodos de barrera

Son aquellos métodos anticonceptivos que impiden a través de un método físico o una barrera, que el espermatozoide llegue al óvulo. Una de las grandes ventajas de todos los métodos que integran el método de barrera (preservativos, diafragma, esponja vaginal), con excepción de los espermicidas vaginales, es que impiden el contagio de la mayoría de las infecciones de transmisión sexual (ITS), tales como gonorrea, el sida, la sífilis, entre otras.

Los principales métodos de barrera son:

- **Preservativo masculino:** funda de látex que se coloca en el pene erecto y retiene el semen evitando que alcance el óvulo.
- **Preservativo femenino:** funda de poliuretano que se coloca introduciéndolo por la vagina, ello produce la obstrucción del canal cervical evitando así el paso de los espermatozoides.
- **Espermicidas vaginales:** agentes químicos en forma de jaleas, cremas, espumas o supositorios que se colocan en la vagina antes de mantener relaciones sexuales. Actúan como bloqueadores mecánicos del cuello y destruyen los espermatozoides. Es recomendable usar este método como complementario a otro método (p. ej: el preservativo, o el diafragma).
- **Diafragma:** dispositivo semiesférico de goma que se coloca en la vagina lo cual produce la obstrucción del canal cervical y evita el paso de los espermatozoides. Se utiliza en combinación con los espermicidas.
- **Esponjas vaginales:** hechas a base de poliuretano, contienen espermicida, se colocan en la vagina cubriendo el cérvix. Obstruyen el orificio cervical externo y absorben los espermatozoides.

Métodos hormonales

- Pastillas anticonceptivas;
- Minipastillas;
- Parche contraceptivo;
- Inyección anticonceptiva;
- Implantes de progesterona;
- Píldora masculina;
- Píldora trifásica.

Son métodos anticonceptivos basados en el uso de hormonas sexuales femeninas (estrógenos y/o progestágenos), cuyo objetivo final es impedir que se desarrolle la ovulación en la mujer y así impedir que se realice la fecundación.

Los métodos hormonales se clasifican en:

- **Anticonceptivos orales:** tales como las pastillas o "minipastillas." Son una combinación de estrógeno y/o progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos menstruales.



- **Inyectables:** administración de estrógenos y/o progesterona que evitan la ovulación. Se administran generalmente una vez al mes.
- **Implantes subdérmicos:** se colocan en ciertas zonas estratégicas debajo de la piel. Liberan una dosis continua de levonogestrel que inhibe la ovulación.

Métodos intrauterinos

- **Dispositivo intrauterino (T de Cobre)**

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son métodos anticonceptivos que se colocan en la cavidad uterina para modificar su ambiente y así evitar el embarazo.

Los métodos intrauterinos se clasifican en:

- **Inertes:** actúan por su masa y su conformación como un cuerpo extraño, sin mediar sustancia alguna.
- **Liberadores de iones:** a la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones que se liberan según su composición, e inhiben la motilidad espermática.
- **Liberadores de hormonas:** tienen incorporados al tallo, hormonas como los progestágenos en forma de microgránulos que se liberan en la cavidad uterina.

Métodos Naturales

Los métodos anticonceptivos naturales de control de la fertilidad son técnicas que permiten a la pareja evitar la concepción mediante el conocimiento de los procesos asociados con la ovulación y la adaptación del ejercicio de la sexualidad.

Los principales métodos naturales son:

- **Abstinencia periódica:** evitar el coito durante el periodo de ovulación femenina, la parte intermedia periovulatoria del ciclo femenino.
- **Calendario de ritmo:** evitar el coito los días fértiles del ciclo femenino basándose en la posibilidad de que la ovulación ocurra en los días 12 a 16.
- **Temperatura basal:** detectar la ovulación a través de variaciones de la temperatura en el curso del ciclo.
- **Método del moco cervical-Billings:** interpretar los cambios cíclicos del moco para determinar la ovulación.
- **Lactancia materna prolongada:** promueve la liberación de la hormona prolactina, la cual favorece la amenorrea, la anovulación y, consecuentemente, una infertilidad fisiológica.
- **Coito interrumpido:** retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.

Métodos Permanentes

Los métodos permanentes son quirúrgicos y difícilmente reversibles. Se clasifican básicamente en dos tipos:

- **Salpingoclasia:** ligadura de las trompas de Falopio en forma bilateral (mujer);
- **Vasectomía:** sección y ligadura de los conductos seminales (hombre).

Métodos de emergencia

Un anticonceptivo de emergencia es un método para prevenir el embarazo en mujeres que hayan tenido sexo sin protección.

Existen dos tipos:

- **Las píldoras anticonceptivas de emergencia:** o píldora del día siguiente. Generalmente son pastillas con una dosis más alta que el de las píldoras anticonceptivas regulares.
- **Dispositivo intrauterino (DIU):** puede ayudar a prevenir la concepción si se coloca dentro de los primeros 5 días después de la relación sexual sin protección.

La masturbación, autoerotismo, autoexploración o autoestimulación

La adolescencia temprana es una época en que chicos y chicas están tan preocupados en lo que les sucede que, a menudo, nos parece que son narcisistas y egocéntricos. No es probable, por lo tanto, que puedan amar a otra persona en forma total, ya que todo su interés está revertido hacia ellos mismos. Pero, a la vez, comienzan a sentir con fuerza el deseo y la atracción sexual.

Es por ello que con gran frecuencia los adolescentes recurren a la masturbación, que les permite descargar la tensión erótica. Según algunos estudios realizados en diversos grupos culturales, casi el 98% de los varones se han masturbado al menos una vez. Esto se debe, según los expertos, a que su sexualidad está fuertemente focalizada en sus órganos genitales, los cuales se encuentran anatómicamente muy expuestos y al alcance de la exploración temprana.

Las mujeres, en cambio, parecen menos propensas a la exploración del propio cuerpo. Esto se debe a dos causas fundamentales. En primer lugar, la sexualidad femenina está menos focalizada en sus genitales, que están menos expuestos, y más extendida a todo su cuerpo. Pero, además, la educación que reciben las niñas motiva mucho menos a la autoexploración. Mitos como la posibilidad de dañar el himen a través de la masturbación pesan fuertemente sobre esta libertad, ya que todavía son muy importantes los conceptos de castidad, y virginidad hasta el matrimonio, etc.

Los primeros comportamientos sexuales en la adolescencia generalmente son autoeróticos. Sin embargo, la masturbación en este momento evolutivo adquiere una cualidad diferente a los comportamientos autoeróticos infantiles. En realidad solo la masturbación infantil es genuinamente autoerótica, en la medida en que se trata de la experiencia de placer que emana del propio organismo en la que no existe el "otro".

Sin embargo, en la adolescencia el autoerotismo tiene una clara vocación heteroerótica, relacional, puesto que la masturbación va guiada, en general, por fantasías que incluyen la satisfacción sexual compartida.

La masturbación es una actividad que ayuda a conocer el cuerpo, y la propia respuesta sexual descubriendo todos sus matices. A través de ella se obtiene satisfacciones sexuales construyendo en la fantasía situaciones idealizadas o inalcanzables; ayuda también a elevar la autoestima sexual; tiene sentido en sí misma como una forma de acceso al placer,



por ello puede estar presente, con mayor o menor intensidad, a lo largo de las edades. En los primeros años de la adolescencia puede suponer un ensayo imaginado de la anhelada experiencia sexual. La fantasía a través de la masturbación puede ser el motor que tire de la realidad ayudando de este modo a acceder a la experiencia compartida.

En relación al nivel de conocimientos contrastados que poseemos sobre esta cuestión, se puede afirmar que la masturbación es un comportamiento natural y saludable que forma parte del repertorio de las actividades sexuales. Sin embargo, determinadas situaciones conflictivas tanto desde el plano individual, como familiar o escolar podrían dar lugar a un tipo de masturbación reactiva o compulsiva. En estos casos la masturbación compulsiva debe ser interpretada como una manifestación del conflicto y no como el origen de este.

La integración saludable de la masturbación está mediatizada por las actitudes hacia la sexualidad y estas, a su vez, por las reacciones emocionales ante estas. De los estudios que han analizado esta cuestión se puede deducir que existe una variedad de reacciones de los adolescentes hacia ella. Algunos la consideran algo sucio e inaceptable, otros como una necesidad biológica y natural. Sin embargo, la síntesis de los estudios más recientes indican que aproximadamente un 80% de los chicos y un 70% de las chicas la consideran como normal y natural. En cuanto a su incidencia podemos decir que aproximadamente un 80% de los chicos y un 60% de las chicas se han masturbado antes de los 18 años. La comparación entre los estudios actuales y los realizados décadas atrás demuestran que las diferencias entre chicas y chicos respecto a la masturbación tienden a disminuir, de este hecho se podría deducir la importancia de las diferencias en la educación entre mujeres y hombres.

Los mitos sobre la masturbación en la adolescencia

En el intento de reprimir la masturbación se han creado una serie de mitos a su alrededor. Se dice que la masturbación te puede generar crecimiento de vellos en las palmas de las manos; que hunde los ojos y les quita brillo; agota los músculos; perjudica la memoria y la capacidad de pensar; degenera tejidos y nervios; provoca crecimiento del pene, acné, ceguera, sordera, infertilidad, impotencia, mongolismo, demencia, locura, epilepsia y, en casos extremos, muerte prematura.

Sexólogos de distintos países coinciden en señalar que la represión a la que es sometido el adolescente generará dificultades posteriores, tanto en su vida sexual como en otras funciones psíquicas. Por ejemplo, masturbarse a escondidas y con toda prisa es una de las causas de la eyaculación precoz de los chicos. Ahora bien, cuando es la única forma de lograr placer sexual, o si genera sentimientos de culpa y ansiedad, es motivo suficiente para buscar al psicólogo.

Muchos jóvenes se masturbarán con frecuencia, aun cuando por su educación y el ambiente en el que viven, esto les provoque un gran sentimiento de culpa. El acercarlos información fidedigna, desprovista de prejuicios y enfocada a su desarrollo armónico, les dará la posibilidad de transitar esta etapa de la vida de la mejor manera, y lograr la maduración afectiva que los prepare para la vida de pareja.

En muchas ocasiones -dicen los expertos de la **OPS**- la práctica masturbadora se acompaña de fantasías que atemorizan a los jóvenes. Estas pueden contener diversos temas eróticos,



desde elementos incestuosos hasta conductas sexuales violentas, donde el placer sexual y la agresión se fusionan íntimamente. Cuando este es el caso, los sentimientos de culpa aumentan por suponer que tales fantasías son anormales y degeneradas. Es necesario reasegurar a los adolescentes que realidad y fantasía son cosas diferentes.

La fantasía es un elemento de suma importancia en la vida de todo ser humano, pero es particularmente útil en la adolescencia. En la fantasía se pueden crear y recrear un sinnúmero de situaciones o encuentros románticos, que pueden ser ensayados una y otra vez a gusto del ensoñador, sin que ocurra ninguna de las consecuencias que hubieran podido resultar de ser la situación real.

En cuanto a la conducta que deben seguir los padres, educadores y profesionales de la salud a favor del desarrollo armónico de los jóvenes, es preciso recalcar la necesidad de ponerse a disposición de ellos para todas las consultas que necesitan hacer. La época en que cada uno de nosotros pasó por esa etapa no está tan lejos en el tiempo ni en la experiencia. No será difícil ponerse en el lugar de ellos y responder tan fielmente como nos sea posible. Hacerles sentir que los comprendemos por haber pasado por las mismas vivencias los hará sentir más seguros y aliviará su tensión.

La masturbación o autoestimulación genital es una práctica muy habitual entre los adolescentes, por lo que debemos dejar el pudor a un lado y tratar el tema con la mayor naturalidad posible.

¿Por qué es tan frecuente?

Cuando un adolescente se masturba existen varias motivaciones: Por un lado, la obvia obtención de placer sexual; por otro, la curiosidad ante la obtención de un placer hasta entonces desconocido. Cuando el chico se vuelve mayor, la masturbación se convierte en una forma de descargar la ansiedad o las tensiones cotidianas. Es importante que el adolescente sepa que este placer es mucho mayor cuando se comparte con otra persona, es decir, cuando se mantienen relaciones sexuales. Pero lo cierto es que durante unos años la relación de pareja no es constante y mucho menos, la sexual.

Durante estos años la masturbación será una forma de ir descubriendo la sexualidad, como paso previo a una relación mucho más madura.

No hay que regañar

La masturbación es una excelente manera de descubrir los impulsos sexuales y, por eso, nunca debe ser motivo de temor o de discusión. Además, suele ser una parte íntima del adolescente, hasta el punto de convertirse en un asunto del que ni siquiera hablan con sus amigos.

No hay ningún estudio o estadística que indique cuándo un adolescente se masturba demasiadas veces. Muchos se masturban varias veces al día, otros a la semana y otros nunca. La masturbación podría convertirse en un problema si se realiza de manera compulsiva y es algo más necesario que placentero, es decir, si el joven siente una dependencia de este hecho que va más allá de un momento de placer.



La masturbación compulsiva, aunque es inofensiva para el organismo, puede ser un síntoma de diversos trastornos psicoemocionales que precisan un tratamiento específico.

Higiene sexual

La higiene se define como la serie de medidas o normas a seguir para la conservación de la salud. Si partimos de este concepto, la higiene sexual es la serie de medidas o normas a seguir para la conservación de la salud de los órganos sexuales. Como la especie humana es un ser biopsicosocial, entonces tenemos que si se presenta una enfermedad que afecta algún órgano nos afecta en la parte biológica, psicológica y social.

En la adolescencia la higiene sexual es algo muy importante ya que en esta etapa de la vida se da la presencia de hormonas que regulan la función de los órganos genitales y estos empiezan a realizar acciones que conllevan a su labor: la reproducción.

Esto lleva a una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es por eso de suma importancia la comunicación con personas que nos puedan ayudar a entender estos cambios, como la familia y personas expertas en el tema.

Hábitos de higiene

En la mujer

Cuando se defeca, las mujeres deben de limpiarse de adelante para atrás, para que ningún resto de materia fecal pase hacia la vulva, pues restos en la abertura vaginal podrían producir irritaciones e infecciones genitales.

Para higienizar la vulva durante el baño se debe usar jabón neutro, como el de glicerina, y abrir suavemente los labios para limpiar entre sus pliegues. Es importante tener un baño una vez al día, más aun cuando se está con la menstruación, para evitar infecciones y olores desagradables.

En el hombre

Con cada baño, se debe retroceder el prepucio, es decir la piel que recubre el glande, para limpiarla con jabón neutro y retirar la suciedad que se junta, que es blanca serosa, y se llama esmegma. Esta forma de higienizarse es muy importante ya que podemos prevenir infecciones, irritaciones y olores desagradables. Esta higiene se debe de realizar de esta forma por lo menos una vez a día.



Autoevaluación

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?

Mencione algunos de los derechos sexuales y reproductivos.

¿Cuál es la importancia o el alcance de los derechos sexuales y reproductivos?

¿En qué consisten los métodos anticonceptivos?

¿Qué tipos de métodos anticonceptivos existen?

¿Qué métodos anticonceptivos son los más recomendables usar por los adolescentes?

¿En qué consiste la masturbación o la autoexploración?

¿Cuáles son los mitos que existen con relación a la masturbación?

¿Cuál es la importancia de tener una buena higiene sexual?

¿Cómo debe realizarse la higiene sexual la mujer?

¿Cómo debe realizarse la higiene sexual el hombre?

Bibliografía

1. <http://www.tuguiasexual.com/metodos-anticonceptivos.html>.
2. Banco de materiales IEC – GTZ: <http://www.infotext.org/capacita/>.
3. Manual de sexualidad y juventud. http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/3/3_5/3_5_6/manual_2006/menumanual.htm.
4. <http://guiajuvenil.com/educacion-sexual/la-masturbacion-en-la-adolescencia.html>.
5. Hablemos de salud sexual. Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Módulo 1: sexualidad y desarrollo humano - Organización Panamericana de la Salud - Asociación Mexicana de Educación Sexual.
6. <http://www.latinsalud.com/articulos/00427.asp?ap=2>.
7. <http://www.infotext.org/capacita>.
8. Conozcamos nuestros derechos sexuales y reproductivos: <http://www.puntoj.com.pe/infojota/jotainformate/20060405b.asp>.
9. Derechos Sexuales y reproductivos http://www.radialistas.net/unfpa_paraguay/opciones.php.
10. <http://mujer.orange.es/familia/adolescentes/masturbacion-en-adolescencia.html>.
11. Bancroft, J. (1989). El deseo sexual. *Mundo Científico*, (96), 1100- 1106.



5.4. Problemas: trastornos menstruales. Embarazo adolescente. ITS - VIH, papiloma virus, problemas genitourinarios en el varón

Objetivos

- Informar a las alumnas sobre los trastornos menstruales de la adolescencia;
- Conocer los peligros del embarazo en la adolescencia y las repercusiones en la vida futura;
- Educar sobre los riesgos y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS);
- Conocer la importancia de la inmunización contra el papiloma virus;
- Advertir sobre problemas genitourinarios presentes en el varón.

Trastornos menstruales

La menarquia o el inicio de las menstruaciones es un signo característico del desarrollo puberal femenino y representa la progresión exitosa de la maduración sexual y el inicio de la capacidad reproductiva. Las adolescentes y mujeres jóvenes experimentan, con frecuencia, una serie de problemas relacionados con el ciclo menstrual, no obstante, recordar que en los primeros años es frecuente encontrar ciclos irregulares.

Las diversas alteraciones menstruales, pueden deberse al aumento en la cantidad o frecuencia, o a la presencia de ciclos irregulares, alteraciones muy frecuentes en la adolescencia. Por estas razones, algunos autores consideran la patología de la menstruación como un problema de salud pública, y recomiendan medidas de prevención y curación.

Las alteraciones menstruales constituyen una queja muy común entre mujeres del tercer mundo, representando entre la primera y la tercera causa de búsqueda de atención médica y/o de hospitalización. En un estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de sangrados uterinos anormales variaba entre el 8 y el 83% en diferentes poblaciones de países en desarrollo. El sangrado uterino disfuncional, entendido como una pérdida sin ciclos menstruales definidos, abundantes y/o prolongados, representaba, por su parte, una causa frecuente de morbilidad (enfermedad), referida por un 8-27% de las mujeres en diferentes países en desarrollo.

Este período importante en el desarrollo biopsicosocial, comprende cronológicamente desde la menarquia hasta los 20 años de edad, y debe ser objeto de especial preocupación por los médicos especialistas.

Para algunos autores pasados 5 años después del inicio de la menstruación un importante porcentaje de adolescentes que alcanza el 65% han normalizado sus ciclos menstruales los que deben tener un ritmo de 10 o más episodios menstruales al año, y para otros autores este ritmo lo alcanzan más del 90% de adolescentes.



Embarazo adolescente

El inicio de las relaciones sexuales comienza a más temprana edad y, en la mayoría de los casos, lo hacen desprovistos de información acerca del manejo de la sexualidad, de las responsabilidades que implican la maternidad o la paternidad y del uso correcto y sistemático de métodos anticonceptivos. Esta realidad expone a los escolares al riesgo de un embarazo no planeado, un aborto provocado o una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como por la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y, en ocasiones, hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad.

La educación sexual debe iniciarse desde la edad preescolar favoreciendo que el desarrollo de la sexualidad se acompañe de afecto y respeto mutuo entre niños y niñas; resaltando la identidad sexual o sexo psicológico que les permita conocer con convicción el sexo al que pertenecen, y solicitando la colaboración de los padres en esta tarea educativa. Esta labor estaría incompleta si no es acompañada de conceptos básicos sobre cómo protegerse de “gente sospechosa o extraña”.

La educación sexual y reproductiva en la adolescencia aunada a la prevención de conductas de riesgo - uso de alcohol, drogas, violencia, etc.- es de capital importancia para evitar un embarazo no planificado y las ITS.

Los adolescentes necesitan programas que den cuenta de la necesidad que tienen de ser escuchados y orientados por sus padres en estos temas, de contar con servicios de salud que protejan su intimidad, anonimato e identidad, y que estén dispuestos a abordar cualquier tema, que ganen su confianza, vayan a donde ellos van y hablen su mismo lenguaje.

¿Por qué se embarazan las adolescentes?

Si observamos las estadísticas de la población peruana, las mujeres, en general, son 14 millones 299 mil 818; está casi equiparada con los varones que son 14 millones 450 mil 952. Las mujeres adolescentes en el Perú son 2 millones 898 mil 843 y es en esta población que vemos el caso de las madres adolescentes y su problemática. Según una publicación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia titulada “Diagnóstico en adolescentes en el Perú - 2005” con respecto al inicio de relaciones sexuales, menciona que el 54,9% lo hacen porque “ambos deseaban tenerlo”; en el 34,7% fue “inesperado”; el 9,5 % “ella la quería tener”; el 7,3% por presión de la pareja; 1,5% bajo el consumo de drogas, y 0,2% por violación.



¿Qué efectos cobra el embarazo adolescente?

- Se transforman en madres a temprana edad lo cual frustra su proyecto de vida y no existe un futuro cierto para el recién nacido;
- Un buen porcentaje de estas madres adolescentes viven bajo la manutención de sus padres;
- Muchas de estas adolescentes constituyen familias monoparentales (sola la madre e hijos), débiles, que se suman a la exclusión y pobreza social;
- Muchas de estas madres adolescentes ya no continúan con sus estudios, se suman a los trabajos informales con ingresos económicos bajos;
- Finalmente se tiene una sociedad de ciudadanos con problemas complejos y que generan otros problemas sociales.

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente en el mundo no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. Por estas razones, se considera que el embarazo en la adolescencia implica riesgo elevado, haciendo necesario el desarrollo de una política de salud, sobre todo de educación sexual y sanitaria, que se encamine a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo de edad, y que garantice un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para sus hijos.

¿Qué características tiene ser madre adolescente en el Perú?

- Dentro del campo biológico, cognitivo y psicosocial no están preparadas para la procreación humana, en consecuencia el embarazo precoz va a generar múltiples problemas en la mujer adolescente y su familia;
- Las madres adolescentes socialmente quedan desamparadas del apoyo de la pareja, ya que son madres solteras, y en muchos casos asumen una relación de convivencia sin matrimonio formal;
- En el campo clínico el embarazo de una adolescente genera con frecuencia nacimientos prematuros, de tal forma que el feto no permanece en el útero los nueve meses;
- Estos nacimientos prematuros generan mayores riesgos de muerte y, por lo tanto, aumentan el índice de mortalidad infantil en el país.

Los padres adolescentes abandonan los estudios, tienen una relación inestable, carecen de posibilidades económicas y su futuro va a ser ominoso.

La clave para manejar el embarazo en la adolescencia es la prevención, y esta debe incluir a los adolescentes, la familia y la escuela, la cual con la colaboración de las instituciones de salud deberá organizar sus acciones a partir de las causas que inciden en este problema de salud.



Posibles consecuencias del embarazo en la adolescencia

Problemas personales: puede afectar su proyecto de vida, en relación a sus planes de estudio, familia o trabajo. Asimismo, en el caso que el embarazo hubiera sido pensado como una solución, éste tiende a convertirse en un problema mayor, que no resuelve los problemas o necesidades que lo motivaron.

Problemas económicos: incremento de la pobreza. El embarazo en la adolescencia, por lo general, puede significar dejar los estudios por tener que trabajar en empleos poco calificados y de baja remuneración. A futuro, esto puede implicar menores posibilidades de conseguir un trabajo mejor remunerado al no contar con la preparación apropiada.

Problemas médicos: muchas madres adolescentes sufren anemias, abortos espontáneos, parto difícil, hipertensión, entre otros. Muchos bebés nacen con bajo peso o de forma prematura (antes de los 9 meses de gestación) y presentan un mayor riesgo de mortalidad.

Posibles consecuencias del aborto en la adolescencia

Complicaciones de la salud de la madre: Pueden ocurrir infecciones, hemorragias, perforaciones y daño del útero que pueden llevar a la muerte;

Puede afectar la capacidad de concebir un hijo en el futuro: infertilidad, abortos espontáneos o la tendencia de partos prematuros;

Puede generar sentimientos de culpa o depresión

Infecciones de transmisión sexual (ITS): VIH, papiloma virus, otras

Las infecciones de transmisión sexual, son aquellas que se adquieren al tener relaciones sexuales sin protección, con una persona infectada.

La infección puede ocurrir por relación vaginal, anal u oral. Algunas ITS tienen tratamiento como la sífilis, la gonorrea, la clamidia o la tricomoniasis. Otras, como el VIH, el virus del papiloma humano, la hepatitis B y el herpes virus tipo II carecen de tratamiento, afectan diversos órganos y pueden causar la muerte.

Las madres con sífilis, VIH, papiloma virus y herpes tipo II, a través del embarazo o del parto contagian a sus hijos ocasionándoles graves daños y, algunas veces, la muerte.

¿Cómo se pueden evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

La abstinencia sexual; la fidelidad mutua; el uso del condón; el uso de agujas descartables, para quienes consumen drogas; y no compartir navajas de afeitar ni cepillos de dientes, son importantes para evitar las ITS.

**Características de las ITS**

En varones	En mujeres
Descarga uretral: pus que sale por el pene.	Flujo vaginal o descenso anormal de color verde, amarillo o blanco, grumoso o de mal olor.
“Seca,” ganglio o bulto en la ingle.	Dolor abdominal bajo.
Úlcera, llaga o herida en el pene, testículos o cerca de ellos.	Dolor en las relaciones sexuales.
Verrugas en el pene, testículos, pubis, ano o cerca de estas zonas.	Úlcera, llaga o herida en genitales: vagina, labios mayores o menores, ano o zonas cercanas.
Picazón o escozor en los genitales externos	Molestia o dolor durante el coito.
	Ardor y/o dolor al orinar
	Picazón o escozor en los genitales externos.

Opciones para prevenir las ITS

Abstenerse de todo tipo de relación sexual coital;
Retrasar el inicio de las relaciones sexuales coitales;
Usar el condón de manera correcta en todas las relaciones sexuales coitales;
Practicar la fidelidad mutua.

NOTA: Ante la sospecha de una ITS es necesario buscar ayuda de un profesional en un establecimiento de salud para su diagnóstico y tratamiento.

¿Qué es el VIH/SIDA?

El **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** es un microorganismo que ataca al sistema inmune del ser humano. Va matando lentamente las células de defensas del cuerpo (o leucocitos) que nos protegen de los gérmenes, y, a medida que muere un mayor número de estas células, disminuye también la capacidad del organismo para combatir las infecciones. La persona empieza a sufrir la enfermedad causada por el VIH, es decir síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se estima que en promedio transcurren 10 años entre la infección por VIH y la aparición del SIDA. Durante este tiempo, usualmente, la persona que tiene el virus en su cuerpo no se siente mal y no manifiesta molestias, por lo que se le denomina período asintomático (sin síntomas). Si la persona no se entera que tiene el VIH y no se protege, puede transmitir el virus a otras personas.

El SIDA es la última etapa de infección causada por el VIH. Si tuviéramos SIDA nuestro sistema inmunológico permanecería muy debilitado, quedando nuestro cuerpo expuesto al fácil desarrollo de infecciones oportunistas que pueden causar la muerte; las más frecuentes son las neumonías, la tuberculosis, las infecciones gastrointestinales (diarreas), entre otras.



SIDA	
Síndrome	Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad.
Inmunodeficiencia	Carencia del cuerpo, «No tiene con qué combatir a los microorganismos que lo atacan debido a la destrucción del sistema inmune o de defensa por el VIH» (UNICEF,2003, p.8)
Adquirida	Forma de transmisión del virus; de una persona que tiene el VIH a otra persona

Existe una prueba que determina si la persona ha contraído el VIH, que se llama **ELISA-VIH**; se realiza mediante exámenes de sangre. Luego de tres meses de que el virus ingresa al cuerpo, es posible diagnosticar el VIH con más certeza. En el caso de necesitar confirmarse los resultados obtenidos, se efectúa una prueba denominada **Western Blot**.

Vías de transmisión del VIH

Todas las personas, sean hombres, mujeres, niños, adolescentes, o jóvenes adultos, estamos a riesgo de adquirir el VIH. No importa la edad, la etnia, la orientación sexual, la religión, la cultura, o el nivel socioeconómico o educativo. Se transmite de una persona infectada a otra:

- Principalmente, a través de las relaciones sexuales coitales vaginales (vagina-pene), orales (boca-vagina, boca-pene), o anales (pene-ano);
- También se transmite de la madre con VIH al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia;
- Mediante transfusiones con sangre infectada, o compartiendo agujas o instrumentos contaminados como máquinas de afeitar, equipos para tatuajes.

Una sola relación sexual coital, sin uso del condón en forma correcta, puede ser suficiente para contraer el VIH. Las relaciones sexuales anales son las más riesgosas porque la mucosa anal es muy frágil. El estar infectado con otro tipo de ITS va a facilitar la transmisión del VIH, al dañar las mucosas (piel) de los genitales.

Formas principales de prevención

- Retardo en el inicio de las relaciones sexuales coitales;
- Abstinencia de las relaciones sexuales coitales;
- Uso adecuado del condón en todas las relaciones sexuales coitales.



Posibles consecuencias de las ITS/VIH y SIDA

Infertilidad en varones y mujeres: imposibilidad para tener hijos;

Complicaciones durante el embarazo;

Complicaciones en el recién nacido;

Cáncer de cuello uterino;

La ITS incrementan el riesgo de contraer VIH;

Las personas que viven con VIH, tienen las defensas bajas, que los hace vulnerables a contraer cualquier tipo de enfermedades, debilitando su salud;

Afecta el proyecto de vida de las personas;

Afecta la situación económica, ya sea por el costo de los tratamientos médicos o porque en algunas fases de la infección la persona se ve imposibilitada de trabajar.

¿Qué se conoce del papiloma virus?

Es transmitido sexualmente e infecta el aparato genital masculino y femenino. Puede producir cáncer. Las lesiones ano-genitales incluyen las verrugas genitales (condiloma acuminado, cresta de gallo) que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. En la boca y garganta el virus del papiloma humano produce el papiloma oral y el papiloma laríngeo. Los virus del papiloma humano también están relacionados con varios tipos de cáncer, entre los cuales se incluyen: cáncer del cuello del útero (cervico-uterino).

El cáncer del cuello uterino es el segundo cáncer de la mujer en frecuencia en todo el mundo después del cáncer de mama, y es el principal cáncer de la mujer en la mayoría de los países en vías de desarrollo, donde ocurre el 80% de los casos de cáncer de cuello uterino. Se estima que causa alrededor de 500 000 muertes al año en todo el mundo. Su frecuencia es mayor en países en desarrollo.

Existen dos vacunas para prevenir la infección por el virus del papiloma. Ambas vacunas son efectivas para prevenir el 70% de los cánceres de cuello uterino y las verrugas genitales.

Si tiene relaciones sexuales, tenga una pareja que solo tiene relaciones con usted. Utilice condones (preservativos) siempre que tenga relaciones sexuales. Los condones disminuyen sus probabilidades de contraer el papiloma virus HPV (que causa cáncer de cuello uterino) pero no la protegen de este todo el tiempo. Puede contraer esta enfermedad por medio del contacto directo con llagas o piel genital infectada de apariencia normal. Hay datos de varios estudios sugestivos de que la infección con el virus del papiloma es un factor de riesgo para cáncer de pene. En nuestro país se reportan 5400 casos nuevos de cáncer uterino cada año. Un proyecto de prevención con la vacuna se efectuó en niñas de 5to grado de primaria, mayores de 9 años de edad el año 2008.

Problemas genitourinarios en el varón

Las infecciones urinarias no son infrecuentes, se relacionan con malformaciones congénitas del riñón o de las vías excretorias y motivan inicialmente dolor al orinar y micción con alguna frecuencia. El atrapamiento del prepucio con la cremallera. Ocurre cuando un niño, que no ha sido



circuncidado, sube el cierre del pantalón rápidamente, atrapando su prepucio en el mecanismo del cierre. El paciente tiene, a menudo, entre 3 y 6 años.

Un dolor intenso en la región escrotal, en niños entre 12 y 18 años, pero puede ocurrir en cualquier época entre la infancia y la adolescencia sobre todo durante actividad física intensa, o trauma, puede estar relacionado con una torsión del testículo.

Otros frecuentes problemas hallados son la ausencia de un testículo (criptorquidia), lo que hace urgente una evaluación por el médico; por otra parte, el varicocele, que viene a ser várices en la bolsa escrotal, es frecuente en los varones adolescentes esta formación varicosa ocurre mayormente en la bolsa escrotal y testículo izquierdo aunque puede ser bilateral, requiere diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno, para evitar la futura esterilidad que acompaña a esta enfermedad. Los alumnos varones deben conocer de su existencia por las serias implicancias que puede tener en la vida sexual de quienes la presentan.

Autoevaluación

¿Considera importante informar a las alumnas sobre los trastornos menstruales de la adolescencia? ¿Por qué?

¿Por qué es necesario que los y las adolescentes conozcan los riesgos del embarazo en la adolescencia y las repercusiones en la vida futura?

¿La educación sobre los riesgos y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) debe ser efectuada exclusivamente en los colegios? ¿Cómo incluiría la participación de los padres?

¿Se debe hacer conocer al alumnado sobre la inmunización contra el papiloma virus? ¿Cómo lo haría?

¿Es importante hacer conocer a los alumnos varones sobre la presentación de problemas genitourinarios? ¿Cuáles son los más importantes y que repercusión pueden tener en su futura vida sexual?



Bibliografía

1. Schiavon-Ermani Raffaella, Jiménez-Villanueva César. Alteraciones menstruales en la adolescencia. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2001;9(3):141-153.
2. Comité Nacional de Endocrinología. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(4):363-369.
3. Zerpa de Miliani Y. Trastornos menstruales de la adolescente. Revisión. *Rev Venez Endocrinol Metab* 2005;3(2):13-20.
4. OPS, Asdi, Norad. Modelo de consejería orientada a los jóvenes en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Washington D.C, 2005.
5. Morales J, Gutiérrez C, Mitma C, Siancas T, Palomino H. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del surde Ayacucho 2004-2008.
6. Instituto de Salud de México. Prevención del embarazo no planeado en adolescentes. 2da edición 2002.
7. Guía para el docente. Orientación en sexualidad y prevención de ITS, VIH y SIDA para adolescentes. UNMSM. Lima, Perú 2008. *Rev. peru. epidemiol.* 2008; 12(3):1-6.
8. OPS. Vacunas de papilomavirus humano. Una herramienta nueva para la prevención de cáncer cérvico-uterino, 2005.
9. Ruiz E, Pasqualini T, Alonso G y col. Varicocele en la pubertad y adolescencia: una nueva perspectiva para el pediatra. *Arch argent pedtar* 2001; 99(5):471-476.
10. Vásquez D, Díaz C, Carmona Z. Varicocele testicular en adolescentes. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2009; 25 (2): 245-257.

5.5. Social: influencia de los medios de comunicación

Objetivos

- Orientar a los alumnos sobre información social con respecto al sexo;
- Valorar los diversos medios de comunicación masiva y recomendar los adecuados;
- Enseñar los valores sexuales;
- Fortalecer las habilidades sociales;
- Aconsejar a los padres sobre dialogar con sus hijos sobre sexualidad.

Los medios de comunicación masiva llegan a los hogares, a través de la voz e imágenes, sin distinción de edades ni sexo. La información sobre hechos de la vida diaria, sobre violencia, drogas, alcohol, guerras, o infidelidad, llega muchas veces a niños y jóvenes quienes pueden perjudicarse al carecer de la experiencia necesaria para valorar las noticias recibidas. Los estímulos visuales y auditivos con alta dosis de violencia actúan negativamente en el desarrollo cultural, social, económico y personal de los receptores de la información.

En la actualidad, existe una separación de valores y creencias familiares por un lado, y mensajes sexuales provenientes de los medios de comunicación por el otro.

Los padres son conscientes de que estos causan un enorme impacto en el desarrollo sexual de los niños. Pero, lamentablemente, las creencias y costumbres que recorren, sobre todo la televisión con su gran poder persuasivo, no siempre son éticas. Sus propagandas no respetan horarios de protección para menores mientras que los diarios se exponen en las esquinas explotando la sexualidad sin ningún reparo.

Se reconoce que en la adolescencia la radio, el televisor e Internet consumen buena parte del tiempo libre, por ello la influencia de estos medios en estilos, cultura, moda y aprendizaje de conductas reflejan modelos inadecuados, haciendo difícil que, incluso, los adultos nos protejamos y resistamos a su influencia. Los especialistas en marketing valoran mucho estos recursos para influenciar en las decisiones que puedan tomar los clientes. La conducta sexual es también un aprendizaje social, que ocurre primero con la observación de un modelo, luego con su representación simbólica, la retención de la imagen y, finalmente, la reproducción. Según Bandura, esta conducta se refuerza con la motivación que es brindada por el grupo de pares que celebra o apoya el comportamiento nuevo.

La conducta humana ha sufrido cambios según los tiempos, sexo, cultura, etnia, etc. y existe una estrecha línea que separa lo permitido de lo no permitido socialmente. Quienes ponen límites y reglas son los padres y adultos responsables de los adolescentes, llámense profesores o tutores, quienes deben velar porque se mantenga una línea de respeto, y cuidado de la sexualidad en todo adolescente.

Existen programas y documentales adecuados para la familia que tocan temas delicados como el manejo de conflictos, el embarazo en la adolescencia, el SIDA y las relaciones humanas en general, lastimosamente no abundan. Se agrega que es lamentable que en la escuela y en muchos hogares no se cultive la sexualidad con respeto, y se la tome a la ligera, dejando de lado valores trascendentales como la solidaridad, el amor, la responsabilidad y la consideración con el sexo opuesto.

La otra cara de la moneda es el buen uso de estos medios de comunicación masiva, muchas ONG, universidades e incluso entidades del estado, están haciendo uso de esta poderosa arma para influenciar la toma de decisiones de los adolescentes. Estas entidades han sacado provecho de este recurso y crean, anuncios publicitarios con mensajes positivos, líneas de conversación a través de Facebook, o páginas web de información adecuada y saludable. Es bueno reconocer que estos medios, bien utilizados y bien intencionados, son un arma poderosa para promocionar la salud y, sobre todo, para brindar consejería confidencial sobre sexualidad.

En todo hogar es imprescindible que se mantengan normas y límites, sobre todo en la adolescencia, cuando los hijos buscan amigos no siempre correctos y reclaman permanecer en la calle hasta altas horas de la noche. Es importante que los padres reconozcan su rol de filtrar la información que puede ingresar a su hogar. La alta permisividad y la falta de capacidad de hablar del tema sexual son nocivas y permiten que esta responsabilidad sea facilitada informalmente por los medios de comunicación.

Los medios masivos de comunicación son considerados como los principales agentes de educación sexual informal, ya que carecen de objetivos y metodología, siendo su principal



interés el de la comercialización indiscriminada sin respetar edades, obviando el sexo sin protección, y favoreciendo de alguna manera las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados y la posibilidad de abortos.

Las sociedades de consumo comercializan el sexo, el cual suele estar presente en casi todas las campañas publicitarias; además, existe una enorme industria que se basa en la producción y venta de películas, videos, revistas, espectáculos y productos que estimulan el deseo sexual, sobreexcitando a los adolescentes. De esta forma, se manipula a los jóvenes para que consuman “sexo comercial” a través de la pornografía.

Un estudio publicado en la revista *Pediatrics* señala que los adolescentes de 12 a 17 años que ven varias horas de televisión con alto contenido sexual, tienen el doble de posibilidad de iniciarse sexualmente antes, que aquellos que miran poco esos programas. Otro estudio llevado a cabo en la Universidad de Carolina del Norte, sobre la exposición de jóvenes blancos y negros entre 12 y 14 años a cuatro medios de difusión diferentes. Al ser entrevistados dos años más tarde se encontró que los adolescentes blancos que tuvieron una alta exposición a contenidos sexuales mostraron 2,2 veces más probabilidades de haber mantenido relaciones sexuales en los dos años siguientes, que los que estuvieron menos expuestos a esos medios de comunicación.

Algunos autores conceptúan integralmente los valores sexuales:

Valores sexuales corporales: aquellas cualidades relacionadas con la sexualidad humana cuya fuerza o centro principal es el cuerpo como materia viva de la persona.

Valores sexuales intelectuales: cualidades cuya referencia central es la naturaleza racional del hombre, en cuanto contenido, proceso o resultado, en relación con la sexualidad.

Valores sexuales afectivos: cualidades sexuales cuyo contenido afecta a nuestras reacciones psíquicas de agrado: a los estados de emoción, sentimiento o pasión.

Valores sexuales estéticos: cualidades sexuales que son deseadas o deseables por su belleza en sus manifestaciones en las personas, en el arte o la naturaleza.

Valores sexuales individuales-liberadores: los valores sexuales individuales-liberadores son cualidades sexuales que prioritariamente refieren el aspecto singular y autónomo de la persona, así como sus consecuencias.

Valores sexuales morales: los valores sexuales morales se centran en la estimación ética, la bondad o maldad de las acciones sexuales en cuanto tales, atendiendo al fin o al deber.

Valores sexuales sociales: afectan directamente a las relaciones sexuales sociales e institucionales, en su contenido y en el procedimiento o finalidad.

Valores sexuales instrumentales: son aquellos que estimamos más como medios que como fines, relacionados con los beneficios que reportan en nuestro crecimiento sexual. Valores sexuales integrales: se refieren principalmente a varias o a todas las dimensiones sexuales de la persona, mostrando percepciones más globales.



La relación sexual exige madurez, debe ser una expresión de amor e incluir compromiso, confianza, comprensión, respeto, comunicación y conocimiento.

Autoevaluación

- ¿Cuán nocivos pueden ser los medios de comunicación masiva? ¿Por qué?
- ¿Podría usted señalar si la voz o las imágenes son más perjudiciales?
- ¿En manos de quién está la educación sexual informal?
- ¿Cómo actúan las sociedades de consumo con respecto al sexo?
- ¿Qué valores sexuales debe usted inculcar a sus alumnos?

Bibliografía

1. OPS/FCH/Ca N.º 1. Medios y salud: La voz de los adolescentes. Informe Regional. Diciembre 2003.
2. Roeder Carbó E. Oficina de Comunicaciones del Ministerio de Salud y Consultora de OPS, eroeder@manuela.org.pe.
3. Argemí J. Influencia de los medios de comunicación sobre el niño y el adolescente, An Esp Pediatr, 1997; S 102: 18-21.
4. Tojo R. Televisión y salud infantil. El papel del pediatra y la pediatría, An Esp Pediatr, 1990; 33, S 43:188-196.
5. Álvarez de la Cruz C. Comunicación y Sexualidad. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. 2010, No 19, Junio. www.um.es/eglobal/.
6. Departamento de Educación de Estados Unidos. Como ayudar a su hijo durante los primeros años de adolescencia. Washington DC 2002.
7. Muñoz García F. Niños, Adolescentes y medios de comunicación. www.svnp.es/Documen/comunica.pdf.



CAPÍTULO VI

Ética

- 6.1 Formación en valores
- 6.2 Ética y ciudadanía
- 6.3 Ética del conflicto
- 6.4 Paternidad responsable
- 6.5 Corrupción

Dr. Salomón Wilfredo Zavala Sarrio





Objetivos

- No es usual que se toque el tema de ética en un texto de salud escolar. Tal vez porque se considera que es un tema filosófico, complejo, difícil de entender;
- Trataremos de mostrar que sí es posible introducir el tema en la vida diaria, sobre todo si estamos hablando de la formación en valores.

6.1. Formación en Valores

Para hablar de la formación en valores de los escolares, debemos partir del contexto de la realidad.

¿Quién es el primer formador en valores de los niños desde que nacen?

La respuesta obvia es: EL HOGAR

¿Cuáles son las características del hogar peruano?

- Un alto porcentaje no tiene formalizada su unión por el matrimonio y solo conviven;
- Ambos padres trabajan fuera del hogar;
- El número de hijos es de tres a más en promedio;
- Las condiciones de vivienda son precarias;
- La educación de los padres es mayoritariamente de nivel primario;
- El tiempo disponible para la atención de los hijos es reducido;
- Consideran que los deberes para con los hijos consisten en alimentarlos, vestirlos, cobijarlos y mandarlos a la escuela.

¿Puede un hogar con estas características cumplir el rol de formador en valores?

No decimos que no existan hogares que asumen a plenitud, estas y mayores funciones, entre ellas la de formar a sus niños en los valores fundamentales que los harán ciudadanos útiles a su país. Sin embargo, en el momento en que deben sentarse las bases y los fundamentos de los valores, aquellos que permitirán más adelante, reforzarlos, ampliarlos, no se cumplen mayoritariamente, haciendo la tarea más difícil para quienes tengan que cumplir esta labor.

¿Quién asume esta tarea no cumplida en el hogar?

Todos conocen la respuesta: LA ESCUELA.

¿Qué problemas afronta la escuela?

- Niños carentes de formación en valores;
- Niños deformados debido a influencias negativas fuera del hogar o a través de los medios de comunicación, principalmente la TV.



¿Está preparada la escuela para asumir esta tarea? ¿O no le corresponde, ya que su misión fundamental es la trasmisión de conocimientos? ¿La tarea de la escuela es formar técnicos o ciudadanos?

Son preguntas que el maestro tiene que haber respondido para sí mismo antes de emprender lo que sigue.

Formación en Valores

Solo si el maestro tiene definida cuál es su verdadera función, asumirá el tema de los valores con entusiasmo y convencimiento.

Con este fin proponemos que para no crear resistencias iniciales de parte de los alumnos, se comience analizando casos que no tienen que ver con la escuela, por ejemplo:

1. Analizar con los alumnos, algún evento deportivo (partido de fútbol u otro) ya sea nacional o internacional, donde se hayan presentado problemas, reclamaciones, o conductas antideportivas, y para la discusión se hará lo siguiente:
 - a. Nombrar un alumno como director de debates;
 - b. Nombrar un secretario que irá anotando en la pizarra cuáles son los valores en discusión (respeto mutuo, solidaridad, respeto a las normas, respeto a la verdad, etc.);
 - c. Los alumnos votarán para decidir cuál de los valores consideran el más importante (ellos pueden decidir que sea más de uno) y durante la semana que sigue lo mencionarán en voz alta al inicio de la clase, casi como un saludo.
2. También se puede escoger alguna noticia de sucesos acontecidos en el país o en el extranjero, y realizar el mismo procedimiento anterior;
3. Pasadas algunas semanas, se preguntará a los alumnos si consideran que alguno de los valores identificados en los ejercicios previos, se han visto dañados por algunos miembros de la escuela y se procederá a analizarlo de la misma manera.

6.2. Ética y ciudadanía

Este capítulo se iniciará tomando a los alumnos el examen o prueba que sigue:

¿Cuál es tu opinión?

- a) Si te ofrecieran muchísimo dinero, a condición de que tengas que vivir completamente solo, sin ver, hablar ni comunicarte de ninguna forma con otras personas por el resto de tu vida, ¿qué escogerías?
 - I. No aceptaría.
 - II. Aceptaría.
- b) La ciudad en la que vivimos está conformada por personas que pensamos igual desde



el punto de vista político (somos del mismo partido político), somos todos hinchas del mismo equipo de fútbol, nos gustan las mismas comidas, nos gusta la misma música, queremos tener el mismo trabajo, nos gusta la misma ropa.

I. Verdadero.

II. Falso.

c) Si somos una sociedad tan desigual, ¿qué necesitamos para poder vivir en paz?

I. Que el presidente del país tenga tal poder que todos tengan que obedecerlo sin reclamar.

II. Que todo el mundo haga lo que quiere y nadie se meta.

III. Que existan una serie de normas y reglas, hechas por los mismos miembros de la sociedad, o por sus representantes, que permitan vivir juntos en paz.

d) Si a ti te gustara vivir en una sociedad ordenada y en paz donde cada persona cumpla o realice diversas tareas: los choferes manejan los vehículos, los policías cuidan el orden, los comerciantes venden los alimentos que consumimos, etc. ¿Cuál de los siguientes comportamientos escogerías para cumplir?

I. Si nadie me ve evadiría las reglas de conducta.

II. Solo cumpliría las reglas que tienen penas o multas si no, no las cumplo.

III. Cumpliría no solo las reglas con o sin penas que rijan para todos, sino que tendría mis propias reglas que regirían mi conducta de manera voluntaria y por convencimiento personal.

Una Historia

Felipe es empleado de una oficina, y para ir al trabajo conduce su carro todos los días por una ruta congestionada, debe parar en cada semáforo lo cual retarda su desplazamiento.

Una noche, regresando de un viaje tuvo que seguir la misma ruta diaria para ir a su casa. Eran las 3 de la madrugada, sin embargo, se detuvo en cada uno de los 5 semáforos con luz roja, pese a que no había policía ni otras personas.

Felipe se preguntó ¿por qué me detengo si nadie me ve? Él mismo se respondió: porque mis normas éticas que sigo voluntariamente me dicen que hacer lo correcto es lo que me hace mejor persona, mejor miembro de una comunidad, mejor ciudadano, y no el hecho de evitar una multa.

Tarea

Se indicará a los alumnos que busquen los significados de los términos ÉTICA y CIUDADANÍA

Estas definiciones se discutirán en la clase.

¿Cuál es la diferencia entre las leyes, normas legales y las normas éticas?

Creemos que es muy importante dejar claramente establecidas las diferencias que rigen en nuestras sociedades.

Norma Legal	Norma Ética
Esta norma la emite el Congreso (un Poder del estado); en consecuencia, es heterónoma.	Esta norma la damos nosotros mismos, en consecuencia es autónoma.
Esta norma es de cumplimiento obligatorio.	Esta norma es de cumplimiento voluntario.
Se cumple sin estar de acuerdo.	Se cumple por decisión propia.
Se acompaña de sanción si no se cumple.	No tiene sanción.
	El poder de nuestra conciencia hace que se cumpla.

6.3. Ética del conflicto

En nuestra vida diaria constantemente tenemos que escoger si hacemos lo correcto o lo incorrecto, lo bueno o lo malo, la verdad o la mentira, y para decidir necesitamos tener una estrategia porque lo bueno, lo correcto, y la verdad, no siempre son valores absolutos y pueden crearte dudas.

Recomendaciones

Recientemente hemos asistido a una serie de conferencias dictadas en Lima por el Dr. Diego Gracia, connotado bioeticista español quien nos presentó cuál es la estrategia a seguir cuando enfrentamos un conflicto ético:

1. Establecer los hechos

Aquí es importante realizar una descripción de los hechos que han acontecido o que se prevee que pueden suceder, de la manera más objetiva posible, es decir, sin inclinarlos hacia un lado u otro.

2. Establecer los valores en juego

Indicar cuáles son los valores que están en discusión o que se verían afectados por las decisiones en un sentido o el otro.

Recordar que los valores como la responsabilidad, la verdad, y la justicia, son valores que se adquieren en el medio en que crecen los niños en los primeros años. No se aprenden en una clase, sino en la vida diaria. Por eso, los casos deben ser hechos acontecidos en el medio, en la escuela, en la comunidad.

3. Deliberar

Considerar detenidamente el pro y el contra de una resolución antes de tomarla. Decidir después de un examen cuidadoso.



Para realizar este tercer paso, se conformaría una comisión impar, por ejemplo, cinco personas que sean elegidas por los alumnos y entre ellas designarán el que dirija, para proceder a la deliberación.

Esta fase es muy importante porque permite que los alumnos aprendan que hay opiniones diferentes a las de ellos, que se tiene que fundamentar las opiniones y analizarlas de manera racional más que emotiva.

Otro aspecto de gran interés es que ellos aprenderán que no siempre los principios son absolutos, que no siempre es blanco o negro, correcto o incorrecto y que el diálogo nos puede llevar a encontrar consensos y buscar la solución óptima, que no siempre es el punto medio matemático.

Este proceso permite que los alumnos aprendan sin la sensación de que se les está imponiendo determinados valores, sino que ellos mismos están participando en su elección y reforzamiento.

Este es un ejercicio sumamente valioso pues permite sopesar las distintas razones y motivaciones y tratar de escoger el punto más equilibrado que solucionará problemas.

6.4. Paternidad responsable

El término paternidad, nos dice el diccionario, es la condición de padre, y padre es el varón que ha engendrado hijos. Como no los engendra en el aire, por lo menos requiere la participación de alguien más, una mujer.

Para hablar de paternidad, se requiere como mínimo dos personas, hombre y mujer y si esta función se cumple, habrá un tercero que es el hijo que hace la paternidad posible, aquí no nos referiremos a todas las posibilidades que la ciencia moderna ha hecho posible, para mencionar solo una: la fertilización asistida.

Si se ha añadido el término responsable es porque lamentablemente muchos han engendrado hijos de manera irresponsable.

Aclarando conceptos

No hay que confundir el inicio de las relaciones sexuales con la paternidad y menos con la paternidad responsable. El inicio de las relaciones sexuales responde a un fenómeno parcialmente fisiológico, es decir, la puesta a punto de los órganos sexuales externos, el sistema hormonal que lo hace posible y, por otro lado, los aspectos psicológicos y de conducta que implican.

Si se reduce la relación sexual a un acto puramente fisiológico, un adolescente puede conseguir el dinero suficiente para pagar a una prostituta y obtener el placer del acto sexual, transitorio, pasajero, sin ninguna ligazón con la parte contraria a quien considera un objeto para obtener lo que desea por un pago.

Esta forma de inicio de las relaciones sexuales es muy frecuente y, penosamente debemos decirlo, es utilizado por algunos padres que consideran que proporcionándole el dinero suficiente están contribuyendo a que su hijo “se haga hombre”.



LA RELACION SEXUAL, ¿UNA CUESTION PERSONAL?

Desde el nombre, relación sexual ya implica la participación de otra persona, de modo tal que mi decisión personal no me involucra solo a mi sino a aquella mujer con la que voy a tener la relación.

Desde este punto de vista yo no puedo invocar uno de los principios de la bioética que es **la autonomía**, es decir, la capacidad de las personas de tomar decisiones sobre hechos que le atañen a sí mismo. Cuando mi decisión involucra a otras personas, entran en juego otros principios como el de no maleficencia, es decir no dañar a otro; y el de beneficencia, es decir, buscar el mayor bien para la otra persona.

Como podemos observar, hechos tan cotidianos como el acto sexual, involucran principios y normas éticas que son de cumplimiento voluntario y si acostumbramos desde la adolescencia a incorporarlos en nuestras decisiones estaremos formando una persona respetable y que respeta a los demás.

Paternalidad responsable

Tendremos que convenir que una cosa es la paternidad responsable que significa:

- La decisión de tener un hijo, con todas las implicancias que ello trae;
- La decisión debe ser compartida por la pareja;
- Estamos en condiciones de afrontar todo lo que esto significa: ¿tenemos trabajo, vamos a poder mantener al nuevo ser y a su madre, tendremos que dejar de estudiar y ponernos a trabajar? ¿Dónde vamos a vivir?
- ¿Estamos preparados para la crianza de un nuevo ser?

Relaciones sexuales

En este caso hay dos consecuencias que se deben considerar:

- Siempre está la posibilidad de tener un hijo. Para evitarlo están todas las medidas anticonceptivas hasta la más reciente que es la “píldora del día siguiente”;
- El riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. En este caso la medida preventiva más simple y efectiva es el uso del preservativo.

6.5. Corrupción

Todos tenemos una idea mas o menos vaga de lo que significa la corrupción, el diccionario nos ayuda un poco cuando dice que es “un vicio o abuso de costumbres” “alterar la forma de alguna cosa” o “echar a perder o pudrir”

¿Por qué tratar este tema en un libro de salud escolar?

La salud, como sabemos, no solo es ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar personal, social, familiar. Ese estado de bienestar se logra si en el centro de trabajo o de estudios tienes el aprecio de tus compañeros, eres respetado porque eres honesto, no haces trampas en los juegos, si te encargan comprar algo para el grupo, por ejemplo materiales de trabajo, no aumentas los precios o no te quedas con las rebajas conseguidas. No usas algún cargo para obtener beneficio personal.



Este tipo de comportamiento y el reconocimiento que eso genera de parte de tus compañeros crea esa sensación de bienestar que te “hace sentir bien” y contribuye a tu estado de salud, sobre todo de tu salud mental.

Pero el primer juez de tu comportamiento no deben ser los otros, sino tú mismo, que en un análisis verás en que nada queda oculto porque tú lo sabes y sientes que cada día eres mejor persona, mejor compañero, y mejor ciudadano.

Con el fin de afianzar este tipo de comportamientos es importante que la clase analice determinados sucesos que se producen en la sociedad, ya sea nacional o en otros países.

Se puede hacer el siguiente ejercicio:

- a) Enumerar, en orden de importancia, los cargos que existen en el país. Por ejemplo: presidente, ministros, congresistas, y jueces;
- b) Anotar cuáles son los requisitos básicos que se requieren para ocupar estos cargos;
- c) Analizar algún caso ocurrido en el país, o en otros del exterior, en que se han violado o no se han cumplido los requisitos estipulados. Por ejemplo, el caso de 4 o 5 ministros del Brasil que han tenido que renunciar por actos de corrupción
- d) Que los alumnos señalen cuáles serían las medidas de sanción y luego cuales serian las medidas para evitar que esto suceda.

Bibliografía

1. Sedabara Javier. Ética contada con sencillez. MAEVA, 2006.
2. Lucas Lucas Rammon. Explícame la bioética. Educación Madrid, 2005.
3. Kisnerman Natalio. Ética ¿un discurso o una práctica social? PAIDOS, 2001.
4. Horta Vásquez Edwin, De J Horta. Bogotá 2005 Ediciones Universidad Católica de Colombia.
5. Iquiñez Manuel, Dueñas Claudia. Dos miradas a la gestión de la escuela pública. Tarea, 1998.

Autoevaluación

Cuando estamos en la escuela, una de las cosas que nos desagradan son los exámenes. Los aceptamos porque son indispensables para aprobar los cursos y, muchas veces, solo dependen de nuestra memoria y no de nuestra comprensión de los temas. Y, en nuestra vida personal, ¿alguna vez nos hemos detenido para evaluarnos nosotros mismos, sin intervención de otras personas?

¿Nos hemos preguntado, y estamos conformes, con la clase de persona que somos?
¿Confiamos en alguien con nuestra forma de ser para depender de él en algunas decisiones importantes?

¿Te has puesto a pensar, alguna vez que lo más importante es si tú estás contento o satisfecho con el tipo de persona que estás aprendiendo a ser?

Te sugiero que, de cuando en cuando te hagas esa autoevaluación, sin decirle a nadie, solo para tu consumo personal. Verás que interesante y útil te será ir conociendo el tipo de persona que estás logrando ser. Suerte.