



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 23 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.



Evaluación de los Servicios de Salud Escolar y Universitaria

Editores:

**Jesús Antonio Sáez Crespo
Miguel Fuentes Rodríguez
Marta Losa Iglesias
Eduardo Pérez Boal**



Evaluación de los Servicios de Salud Escolar y Universitaria

Editores:

Jesús Antonio Sáez Crespo
Miguel Fuentes Rodríguez
Marta Losa Iglesias
Eduardo Pérez Boal

Madrid 2024

Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria

I.S.B.N. 978-84-09-64885-6

Reservados todos los derechos.

De acuerdo con la legislación vigente, y bajo las sanciones en ella previstas, queda totalmente prohibida la reproducción y/o transmisión parcial o total de este libro, por procedimientos mecánicos o electrónicos, incluyendo fotocopia, grabación magnética, óptica o cualquier otro procedimiento que la técnica permita o pueda permitir en el futuro.

Evaluación de los Servicios de Salud Escolar y Universitaria

I.S.B.N.: 978-84-09-64885-6

Impresión y edición:

Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria
Calle Amorós, 3 - 1º A
28028 - MADRID -España
E-Mail: saludescolar@telefonica.net
www.saludescolar.net

N.º	TÍTULO DEL CAPITULO	Página
1.	Evaluación del Impacto de los Servicios de Salud Escolar “La epidemia de desigualdad”	1
2.	Etiología y tratamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda	18
3.	Necesidades de enseñanza y aprendizaje: Rol de la familia	24
4.	Uso de las habilidades intelectuales en la asignatura de biología por los profesores del instituto preuniversitario “Sergio González”	42
5.	Educação para os afetos e sexualidade: capacitação dos profissionais docentes	62
6.	Perfiles de estilos educativos parentales y su conexión con la motivación hacia la actividad física	69
7.	Empleo de un traje de simulación geriátrica como estrategia para aumentar la empatía en estudiantes de odontología. Estudio pre-post test.	81
8.	Protocolos diabéticos y comas hipoglucémicos en el ámbito escolar	84
9.	¿Consumimos desayunos saludables y no cariogénicos?	100
10.	Conocimientos sobre infecciones respiratorias y hábitos para evitar su transmisión	104
11.	Proceso salud enfermedad en infantes de cuarto año de vida en un círculo infantil	112
12.	Vigilancia Epidemiológica en Protección de Alimentos	121
13.	Curso de saúde escolar para profissionais de enfermagem	131
14.	Adolescentes e jovens face às infeções sexualmente transmissíveis: uma scoping review	133
15.	Rompe el silencio “dale like a tu salud mental”	136
16.	Evaluación de la percepción de la salud en alumnado de Educación Primaria	145
17.	En la escuela, mancuernas	156
18.	RCPEANDO	157
19.	Intervenção de enfermagem de saúde escolar na promoção da sexualidade saudável na adolescência: Scoping Review	158
20.	La trascendencia del desarrollo sensorial infantil en la era digital	161
21.	Efectividad de los tratamientos no invasivos en el pie plano infantil	173
22.	Tendencias de consumo de alimentos madrileños	175
23.	Evaluación inicial del bienestar emocional en alumnado de Educación Primaria	177
24.	¿Cómo afecta el hallux limitus funcional en escolares durante su día a día?	189
25.	La salud mental en el ámbito escolar. Acoso y suicidio.	199
26.	Implicaciones del Hallux Limitus Funcional en la Marcha Infantil	211
27.	Incidencia de casos de lesiones gingivales en población infantil relacionados con cepillado eléctrico desde temprana edad	222
28.	Higiene y salud oral del bebe	224
29.	Uso de las habilidades intelectuales en la asignatura de biología por los profesores del instituto preuniversitario "Sergio González"	227
30.	Necesidades de enseñanza y aprendizaje: rol de la familia	233
31.	Aplicación de la estrategia curricular de investigación e informática en la asignatura Metodología de la Investigación	234
32.	Cumplimiento de las medidas de prevención de brotes de Covid 19 en las escuelas. Municipios de la Región Occidental. Cuba. 2021-2022	238
33.	Formación de agentes educativos en el contexto escolar. Diagnóstico de situación	249

34.	Diseño y validación de instrumentos para el estudio de la exposición a la violencia en niños, niñas y adolescentes	261
35.	Las heces de perros callejeros, un problema de salud pública en las instituciones escolares	273
36.	El trabajo sociocultural comunitarias para enfrentar el CORONAVIRUS COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de licenciatura en enfermería 2023	276
37.	Retos y desafíos: implicancia del acoso escolar y ciberbullying desde una perspectiva bibliográfica	286
38.	Promoção de ambientes e comportamentos saudáveis em creches familiares uma scoping review	300
39.	Promoção da Alimentação Saudável em Crianças de idade escolar: uma intervenção de enfermagem comunitária – Scoping Review	304
40.	Caracterización clínico-epidemiológica de estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas Mariana Grajales Coello de Holguín 2024	310
41.	El médico de familia en la vigilancia centinela de enfermedades no transmisibles en niños y adolescentes. Municipio Cerro 2019	323
42.	Lesiones por accidentes de tráfico en población pediátrica ¿un problema prevenible?	332
43.	Disponibilidad, necesidad percibida y satisfacción de las enfermeras escolares en España: un estudio transversal que involucra a la comunidad escolar	342
44.	Diseño universal para el aprendizaje aplicado al alumnado TDAH	365
45.	Revisión bibliográfica sobre el impacto del acoso escolar “bullying” y ciberacoso “ciberacoso”	375
46.	Educación al bienestar, dos ods que van de la mano	390
47.	Participación del departamento de salud escolar del instituto nacional de higiene epidemiología y microbiología en el desarrollo de la salud escolar en cuba y otros países. 1979-2024	396
48.	Consenso internacional de definición y competencias de las enfermeras Escolares	397
49.	El tabaco en adolescentes y su repercusión en la Cavidad oral	400
50.	Grado de cumplimiento del calendario vacunal BCG en menores de 5 años Centro de salud maría gay. Bata. Mayo-julio 2023	412
51.	Perfil sociodemográfico de menores de 5 años ingresados en la UCI del Hospital Regional de Bata entre mayo-julio 2023, por anemia	415
52.	Morbilidad por Anemia. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Regional Bata. Julio-diciembre 2021	419
53.	“Póntelo, pónselo”. Utilización del preservativo masculino en adolescentes.	422
54.	Una culpable inocente	426
55.	Incidencia de Micosis (Tiñas) en la cabeza del niño/a en el Centro escolar Santa Tomasa. Bata (Guinea Ecuatorial)	430
56.	Factores relacionados con el manejo de los accesos vasculares periféricos en el servicio de pediatría del Hospital Universitario Regional de Bata	434
57.	Seguimiento del estado vacunal de los estudiantes de enfermería en un hospital de tercer nivel	436
58.	La Evaluación de Programas de Educación y Promoción de Salud Escolar. Análisis de una Experiencia	437
59.	Una experiencia práctica de Evaluación de Programas de Promoción de Salud	457
60.	Una antología de la Educación para la Salud Análisis Sincrónico y Diacrónico	466

61.	Calidad de vida en queloide infantil: caso clínico	492
62.	Experiencias en promoción de la salud en el nivel primario de la ciudad de Mar del Plata, Argentina	505
63.	Experiencia tras implantar un taller de salud bucodental en educación primaria	517
64.	Tratamiento Psicomotor de la Ataxia Cerebelosa	524
65.	Incidencia de diarrea aguda en menores de 5 años en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Bata (Guinea Ecuatorial) entre julio y diciembre de 2021	529



XIII Encuentro Internacional de Expertos en Salud Escolar y Universitaria

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Evaluación del Impacto de los Servicios de Salud Escolar

“La epidemia de desigualdad”

Prof. Dr. Jesus Antonio Sáez Crespo^{3,4}

Prof. Dr. Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo^{1,3,4}

Profa. Dra. Marta Losa Iglesias^{2,4}

Prof. Dr. Miguel Fuentes Rodríguez^{3,4}

Prof. Dr. Eduardo Pérez Boal^{3,5}

1. Universidad Complutense de Madrid.
2. Universidad Rey Juan Carlos
3. Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria
4. Asociación Iberoamericana de Salud Escolar y Universitaria
5. Universidad de Leon.

E-Mail: saludescolar@telefonica.net



“Los adolescentes de bajos ingresos enfrentan mayores riesgos de obesidad, inactividad y mala alimentación”

Al abordar el tema de la Evaluación de Programas de Salud Escolar, nos surgen siempre las mismas preguntas: ¿es útil la planificación de programas de Salud?, ¿para qué sirve la evaluación del programa de promoción Salud que estamos llevando a cabo?, ¿es meramente un trabajo administrativo? o ¿realmente me va a dar una información que voy a poder utilizar para modificar mis planteamientos y mejorar en mi trabajo?

La propuesta de la Asociación de Medicina y Salud Escolar y Universitaria es destacar la necesidad de Evaluar los Programas que se implementan en los Servicios de Salud Escolar para fortalecer la evidencia científica de los resultados, diseñando e implementando políticas basadas en la evidencia, y no sólo un proceso de mera administración de programas de salud a la Comunidad Educativa Escolar. No sólo debemos, tenemos que evaluar el impacto y los resultados de nuestros programas en mejoras de la calidad de vida de los escolares, adaptando un enfoque basado en el ciclo de la vida, que ponga de relieve que la salud y la enfermedad de los adultos, tienen sus raíces en la salud y las experiencias vitales en esta etapa anterior del ciclo de vida, la edad escolar.

Por todo ello, y sensibles a vuestras demandas de trabajar en la **Evaluación de los Servicios de Salud Escolar y Universitaria**", la Asociación Española, junto con la Iberoamericana de Salud Escolar y Universitaria, siguiendo el llamamiento de la UNESCO (2024), UNICEF y la OMS. le invitamos a participar con sus trabajos, investigaciones y experiencias.

A pesar de los extraordinarios progresos logrados en los últimos decenios en lo concerniente a supervivencia, nutrición y educación, los escolares afrontan actualmente un futuro incierto.

El cambio climático, la degradación ecológica, las poblaciones migrantes, los conflictos, la desigualdad generalizada y las prácticas comerciales depredadoras amenazan la salud y el futuro de los niños en todos los países.

En 2015, los países de todo el mundo acordaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), pero cinco años más tarde, solo unos pocos países han logrado progresos suficientes para alcanzarlos.

Este trabajo de la Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria presenta argumentos para poner a los escolares de 0 a 18 años en el centro de los ODS: en el eje del concepto de sostenibilidad y de nuestros empeños comunes.

Los gobiernos deberán aprovechar las alianzas en todos los sectores para superar las presiones ecológicas y comerciales y permitir que los niños puedan ejercer sus derechos ahora y vivir en un planeta habitable en los años venideros.

La Evaluación de los Factores Determinantes de la salud de los escolares en Europa pone de relieve **"La epidemia de desigualdad"**. Se pone de relieve un alarmante aumento de las disparidades en dieta, ejercicio y peso, entre los escolares adolescentes de diferentes orígenes socioeconómicos en toda la Región Europea de la OMS, que en las familias menos acomodadas se ven afectadas de manera desproporcionada.

Según el **Informe de la OMS/Europa (Copenhague, 23 de mayo de 2024)**, basado en datos de 44 países europeos que participan en el estudio **"Health Behaviour in School-age Children (HBSC)"**, destaca hábitos alimentarios poco saludables y tasas crecientes de sobrepeso y obesidad, y bajos niveles de actividad física entre los jóvenes, todos los cuales, son factores de riesgo importantes para una variedad de enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer.

Los hábitos alimentarios poco saludables van en aumento

El informe presenta un panorama preocupante de los hábitos alimentarios de los adolescentes, con especial atención a la disminución de las conductas alimentarias saludables y el aumento de opciones poco saludables.

Menos de 2 de cada 5 adolescentes (38%) comen frutas o verduras diariamente, y estas cifras disminuyen con la edad (del 45% de los niños de 11 años al 33% de 15 años para frutas, y del 40% al 36% para hortalizas). Es preocupante que más de la mitad de los adolescentes informen que no comen frutas ni verduras todos los días (56% de los niños y 51% de las niñas de 15 años).

Si a lo anterior, le sumas que, el consumo de dulces y bebidas azucaradas sigue siendo elevado: 1 de cada 4 adolescentes (25%) informa un consumo diario de dulces o chocolate. Esta tasa es más alta entre las niñas (28%) que entre los niños (23%) y ha experimentado un aumento desde 2018, particularmente entre las niñas (del 23% al 27% para niñas de 11 años y del 26% al 28% para niñas de 15 años).

Si bien, el consumo diario de refrescos ha experimentado una disminución general menor desde la última encuesta en 2018, todavía se sitúa en el 15% de los adolescentes, con tasas más altas entre los niños (16% frente al 14% para niñas) y las familias menos acomodadas.

El informe también revela un vínculo preocupante entre el nivel socioeconómico y los hábitos alimentarios poco saludables, siendo los adolescentes de familias de bajos ingresos más propensos a consumir bebidas azucaradas (18% frente a 15%) y es menos probable que coma frutas (32% versus 46%) y verduras (32% versus 54%) diariamente.

El acceso a alimentos saludables suele estar limitado a las familias con ingresos más bajos, lo que lleva a una mayor dependencia a consumir alimentos procesados y azucarados, y esto puede tener efectos perjudiciales para la salud de los escolares (Evaluación de los resultados).

Sobrepeso y obesidad: un riesgo creciente para la salud

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre los adolescentes ha sido durante mucho tiempo un importante problema de salud pública, ya que más de 1 de cada 5 adolescentes está afectado. Esta cifra ha aumentado desde la última encuesta de 2018, del 21% al 23% en 2022. Las tasas de sobrepeso y obesidad son más altas entre los niños (27%) que entre las niñas (17%).

Es relevante, como factor determinante, que los adolescentes de familias menos acomodadas tengan más probabilidades de tener sobrepeso u obesidad (27% en comparación con el 18% de sus pares más ricos). Esta disparidad pone de relieve la

urgente necesidad de abordar los factores socioeconómicos subyacentes que contribuyen a mantener estas tendencias.

Inactividad física: motivo de preocupación

El informe también plantea preocupación los bajos niveles de actividad física entre los adolescentes. La OMS recomienda que los jóvenes realicen un promedio de al menos 60 minutos de actividad física de moderada a vigorosa (MVPA) por día. El informe muestra que, en general, sólo el 25% de los niños y el 15% de las niñas alcanzan los 60 minutos diarios de AFMV, y la participación disminuye con la edad, particularmente entre las niñas (24% de niñas de 11 años, versus 13% de niñas de 15 años).

Si bien el 60% de los adolescentes cumple con la recomendación de la OMS de realizar actividad física vigorosa (VPA) al menos 3 veces por semana, esta tasa es menor entre las niñas (51%) que entre los niños (69%). Esta **brecha de género** se amplía con la edad: el 65% de las niñas de 11 años cumplen la recomendación en comparación con sólo el 46% de las niñas de 15 años.

Una vez más, **las desigualdades socioeconómicas** son evidentes: los adolescentes de familias más acomodadas reportan niveles más altos tanto de MVPA (16% versus 26%) como de VPA (51% versus 69%). Esto sugiere que factores como, el acceso a espacios seguros para la actividad física, y la participación en deportes organizados, pueden verse influenciados por los ingresos familiares.

Los hábitos alimentarios poco saludables van en aumento

El informe presenta un panorama preocupante de los hábitos alimentarios de los adolescentes, con especial atención a la disminución de las conductas alimentarias saludables y el aumento de opciones poco saludables. Menos de 2 de cada 5 adolescentes (38%) comen frutas o verduras diariamente, y estas cifras disminuyen con la edad (del 45% de los niños de 11 años al 33% de 15 años para frutas, y del 40% al 36% para hortalizas). Es preocupante que más de la mitad de los adolescentes informen que no comen frutas ni verduras todos los días (56% de los niños y 51% de las niñas de 15 años).

Por el contrario, el consumo de dulces y bebidas azucaradas sigue siendo elevado: 1 de cada 4 adolescentes (25%) informa un consumo diario de dulces o chocolate. Esta tasa es más alta entre las niñas (28%) que entre los niños (23%) y ha experimentado un aumento desde 2018, particularmente entre las niñas (del 23% al 27% para niñas de 11 años y del 26% al 28% para niñas de 15 años).

Si bien el consumo diario de refrescos ha experimentado una disminución general menor desde la última encuesta en 2018, todavía se sitúa en el 15% de los adolescentes, con tasas más altas entre los niños (16% frente al 14% para niñas) y aquellas de familias menos acomodadas.

El informe también revela la relación entre el nivel socioeconómico y los hábitos alimentarios poco saludables, siendo los adolescentes de familias de bajos ingresos más propensos a consumir bebidas azucaradas (18% frente a 15%) y es menos probable que coma frutas (32% versus 46%) y verduras (32% versus 54%) diariamente.

Los accesos a la opción a consumir alimentos saludables suelen ser más reducidas a las familias con ingresos más bajos, lo que lleva a una mayor dependencia a alimentos procesados y azucarados, lo que puede tener efectos perjudiciales para la salud de los adolescentes.”

Implicaciones más amplias para la evaluación de los resultados

Las disparidades destacadas en el informe de la OMS (2024) tienen implicaciones de gran alcance, que van más allá de los problemas de salud inmediatos. Las consecuencias a largo plazo para la salud de los hábitos alimentarios poco saludables, la inactividad física y el sobrepeso/obesidad durante la adolescencia pueden ser graves, incluido un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y ciertos tipos de cáncer. Estas condiciones, no sólo afectan el bienestar individual, sino que también imponen una carga significativa a los sistemas de atención de salud y a las economías.

“La actividad física regular, los hábitos alimentarios saludables y el mantenimiento de un peso saludable son elementos esenciales de un estilo de vida saludable. Los hallazgos del informe señalan la necesidad una Evaluación del Proceso, mediante la aplicación de intervenciones específicas, basadas en la evidencia, que permitan a los adolescentes adoptar comportamientos más saludables y evitar hábitos que afecten no sólo a su salud y bienestar actuales, sino también a las consecuencias de aparición de los problemas de salud en el curso de sus vidas que encontraremos en su futuro como adultos.”

En la Evaluación de los Resultados, estas disparidades socioeconómicas en los comportamientos de salud de los adolescentes contribuyen a un círculo vicioso de desventajas. Los niños de familias menos acomodadas tienen más probabilidades de experimentar resultados de salud adversos, lo que puede obstaculizar su nivel educativo, sus perspectivas laborales y su calidad de vida en general. Esto perpetúa las desigualdades sociales y limita las oportunidades de movilidad social ascendente.”

Los hallazgos del **Informe de salud de la OMS/Europa (Copenhague, 23 de mayo de 2024)** del estudio *“Health Behaviour in School-age Children (HBSC)”* también tienen implicaciones para el logro de objetivos de salud globales, como los de los Objetivos de

Desarrollo Sostenible (SDGs). En particular, el enfoque del informe en la salud de los adolescentes se alinea con la meta 3.4 de los ODS, que insta a los países a reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030. Al abordar las causas profundas de las disparidades en salud y promover comportamientos saludables entre los adolescentes, los países pueden contribuir a lograr esta ambiciosa Meta.

La Meta a alcanzar en los ODS (2030) es aquello que se quiere conseguir al ejecutar el programa de salud escolar, y describe los cambios en el grupo de los niños y niñas en edad escolar, es el cambio en la magnitud de los Problemas de salud, el cumplimiento de los objetivos conduce a la meta.

Los **Objetivos** son los cambios que se quieren conseguir en el grupo de edad de los escolares y corresponden a los **Factores de Riesgo** primarios o esenciales

<i>Meta, Objetivo General y Específico en relación con el Problema de Salud</i>		
Meta	corresponde a	Problema de salud
Objetivo General	corresponde a	Factor de riesgo
Objetivo Específico secundario (contribuyente)	corresponde a	Factor de riesgo

<i>Relación entre los componentes del Programa de Salud Escolar y la evaluación</i>		
<i>Meta del Programa</i>	<i>se mide por</i>	<i>Evaluación de Resultados</i>
<i>Objetivo General</i>	<i>se mide por</i>	<i>Evaluación del Impacto</i>
<i>Objetivo Operativo</i>	<i>se mide por</i>	<i>Evaluación del Proceso</i>

Cuadro 1. Relación entre la meta y los objetivos respecto de los tipos de evaluación

De esta manera, se plantea la estructura de la Evaluación del Programa de Salud Escolar de forma integral, podemos conocer los efectos reales en los cambios producidos, es decir en la magnitud de los problemas de salud en la población escolar. La medida de estos cambios supone la confirmación de la efectividad del programa.

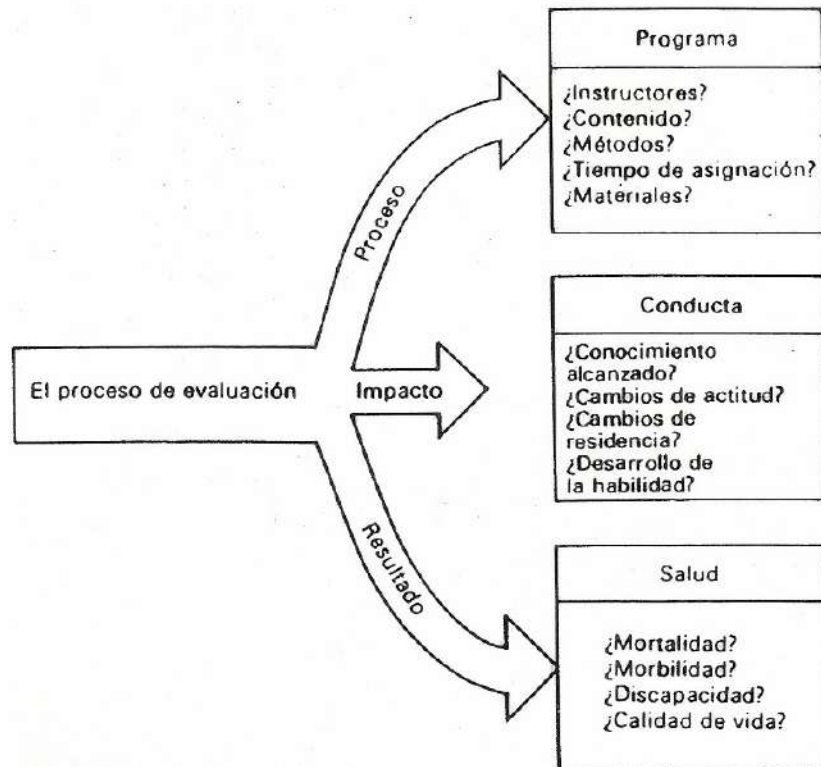


Figura nº 1. Procedimiento de Evaluación de Programas de Salud Escolar.

Abordar la crisis

La OMS/Europa invita a poner en marcha medidas urgentes para abordar la tendencia de estos Factores Determinantes. El informe recomienda un proceso constituido por estrategias integrales que se centren en:

- **Regular la comercialización de alimentos:** Implica implementar regulaciones más estrictas sobre la comercialización de alimentos y bebidas no saludables a niños y adolescentes.
- **Promoción de una alimentación saludable:** esto requiere mejorar el acceso a alimentos nutritivos y asequibles, particularmente para las familias desfavorecidas, e implementar políticas para desalentar el consumo de alimentos y bebidas no saludables.
- **Incrementar la actividad física:** Esto requiere crear ambientes seguros y accesibles para la actividad física, y promover iniciativas que alienten a los adolescentes a realizar ejercicio regular.

- **Desarrollar intervenciones específicas:** dichas intervenciones deberían apoyar comportamientos más saludables entre los adolescentes, particularmente aquellos de entornos desfavorecidos. Podrían incluir programas escolares que promuevan la alimentación saludable y la actividad física, iniciativas comunitarias que brinden acceso a instalaciones deportivas y recreativas asequibles, y campañas de salud pública que concienticen sobre la importancia de los comportamientos saludables.
- **Abordar las desigualdades sociales:** Las políticas deben apuntar a reducir las disparidades socioeconómicas en salud, garantizando que todos los jóvenes tengan la oportunidad de llevar una vida saludable.

A lo largo de la existencia de los Servicios de Medicina Escolar (1874) hemos promovido desde la Asociación Española de Medicina Y Salud Escolar y Universitaria, la investigación y la puesta en marcha de estrategias que hemos trasladado a los gobiernos, como son: La educación física de calidad en las escuelas, la promoción de comportamientos saludables a través de clubes deportivos de base y el diseño de ciudades que permitan viajes activos son eficaces para promover la actividad física. Etiquetas obligatorias en la parte frontal del paquete para guiar la ingesta de alimentos saludables, restricciones a la comercialización de alimentos no saludables para niños, suministro de comidas escolares saludables y gratuitas a todos los niños (comidas escolares gratuitas universales) y muchas medidas políticas que han sido efectivas en toda la Región Europea de la OMS a través de La Unión Internacional de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria con sed en la Universidad de la Sorbona, en París.

También hemos puesto de relieve la importancia de un enfoque multiprofesional y multisectorial para abordar la compleja cuestión de la salud de los adolescentes requiere una combinación de intervenciones individuales, familiares, comunitarias y a nivel de políticas. Necesitamos crear entornos promotores de salud que apoyen opciones saludables y capacitar a los jóvenes para que tomen el control de su salud.

Al resaltar el impacto de las disparidades socioeconómicas, es necesario que las intervenciones y políticas específicas promuevan la equidad en salud para todos los jóvenes.

Es por lo que, invitamos a los gobiernos nacionales, provinciales y locales a Invertir en salud adolescente porque es una inversión de futuro. *“Al abordar los factores de riesgo que contribuyen a los comportamientos poco saludables, creando una epidemia de desigualdad, podemos mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes, reducir las desigualdades en salud y construir un futuro más saludable para todos.*

Comportamientos alimentarios y salud bucal

El 48% de los adolescentes no come frutas ni verduras al día (52% niños, el 44% niñas).

1 de cada 4 adolescentes come dulces todos los días (27% niñas, 23% niños).

1 de cada 6 adolescentes bebe refrescos azucarados todos los días (18% niños, 14% niñas).

Sólo 2/3 adolescentes se cepillan los dientes dos veces al día (73% niñas, 57% niños).

Actividad física

- Menos de uno de cada cinco adolescentes (19%) logra la recomendación global de 60 minutos de MVPA todos los días (23% niños, 16% niñas).
- Los niveles de MVPA han disminuido en alrededor de un tercio de los países/regiones desde 2014.
- En todas las edades y en casi todos los países, los niños tienen más probabilidades que las niñas de ser físicamente activos.
- Los adolescentes mayores y los de familias más pobres tenían menos probabilidades de ser físicamente activos.

Sobrepeso, bajo peso e imagen corporal

- Los niveles de sobrepeso y obesidad han aumentado desde 2014, uno de cada cinco adolescentes (21%) tenía sobrepeso u obesidad (25% niños, 16% niñas)
- Más de uno de cada cuatro adolescentes (27%) se percibía a sí mismo como demasiado gordo, especialmente las niñas (31% niñas, 22% niños).
- Desde 2014 hubo una disminución significativa en la percepción de estar demasiado gordo, especialmente entre las niñas y los jóvenes de 15 años.
- Se observaron fuertes desigualdades sociales: los adolescentes de familias menos acomodadas tenían más probabilidades de tener sobrepeso u obesidad.
- Uno de cada 20 adolescentes (5%) tiene bajo peso.

Comunicación en línea

- Más de un tercio (35%) de adolescentes se comunican con sus amigos en línea casi todo el tiempo durante el día. La prevalencia es mayor entre las niñas que entre los niños.
- El 7% de los adolescentes informa un uso problemático de las redes sociales que se caracteriza por síntomas similares a los de la adicción.

- Más de 1 de cada 10 adolescentes prefiere comunicarse con amigos en línea en lugar de cara a cara (13% de los niños, 12% de las niñas).
- Uno de cada 10 adolescentes (10%) informó una comunicación intensiva en línea con personas que conoció a través de Internet y que no conocía antes.
- Cuando hablaban de sus sentimientos, preocupaciones y secretos, la mayoría de los adolescentes (86%) preferían la comunicación cara a cara con amigos a la comunicación online. Sin embargo, el 14% dijo que prefería la comunicación en línea en comparación con la comunicación cara a cara.

Bienestar mental

- Los adolescentes de familias de alto nivel reportan mayores niveles de satisfacción con la vida y excelente salud, y menores niveles de múltiples quejas de salud.
- A los 11 años, casi la mitad (45%) de los niños y el 41% de las niñas decían tener una salud excelente, pero a los 15 años, un poco menos de niños (39%) y sustancialmente menos niñas (25%) informaron una salud excelente.
- La mayoría de los adolescentes se sintieron satisfechos con sus vidas, con una puntuación global de 7,8 sobre 10. Los países/regiones con las estimaciones generales más altas de satisfacción con la vida también tuvieron las diferencias de género más pequeñas.
- La satisfacción media con la vida en todos los países/regiones disminuyó con la edad, de 8,3 a los 11 años a 7,4 a los 15 años. Esta disminución por edad fue más fuerte en las niñas.
- Uno de cada cuatro adolescentes informa sentirse nervioso, irritable o tener dificultades para dormir cada semana.
- Las niñas experimentaron problemas de salud individuales con más frecuencia que los niños. Las mayores diferencias de género se observaron en irritabilidad, nerviosismo y sensación de baja estima en un promedio de 10 puntos porcentuales entre niñas y niños.
- Las niñas tenían más probabilidades que los niños de informar múltiples problemas de salud y esta diferencia de género aumentó con la edad.

Salud sexual

- A los 15 años, uno de cada cuatro niños (24%) y una de cada siete niñas (14%) informan haber tenido relaciones sexuales.
- Menos de dos tercios (61%) de adolescentes sexualmente activos utilizaron condón en la última relación sexual, una pequeña disminución desde 2014 (63%).
- Alrededor de uno de cada cuatro jóvenes de 15 años (25%) que han tenido relaciones sexuales no utilizaron ninguno de los métodos anticonceptivos más eficaces (condom o pildora) en la última relación sexual.



Consumo de alcohol, tabaco y cannabis

- A los 15 años, casi tres de cada cinco jóvenes han bebido alcohol a lo largo de su vida, en comparación con casi uno de cada cuatro por fumar y alrededor de uno de cada siete por consumir cannabis.
- Uno de cada cinco jóvenes de 15 años (20%) ha estado borracho dos o más veces en su vida, y casi uno de cada siete (15%) había estado borracho en los últimos 30 días.
- La prevalencia del consumo de alcohol y de cigarrillos a lo largo de la vida ha disminuido desde 2014.
- Más de una de cada 20 de los adolescentes habían fumado un cigarrillo o consumido cannabis en los últimos 30 días.
- Una mayor riqueza familiar se asocia con un mayor consumo de alcohol, pero el tabaquismo y el consumo de cannabis tienen menos patrones sociales.

Bullying y violencia

- Los niños tienen más probabilidades que las niñas de intimidar y ciberacosar a otros.
- Si bien la proporción de niños y niñas que son víctimas del acoso tradicional es similar, las niñas tienen más probabilidades de sufrir acoso cibernético.
- Ha habido una disminución en la perpetración de acoso desde 2014, pero la proporción de adolescentes que son acosados se ha mantenido igual.
- El 8% de los niños y el 5% de las niñas habían intimidado a otros al menos 2 o 3 veces en los últimos meses
- Más de 1 de cada 10 adolescentes había tenido ciberacoso al menos una vez en los últimos meses (14% niñas, 12% niños)
- Las niñas tenían menos probabilidades que los niños de intimidar cibernéticamente a otros, pero más probabilidades de ser víctimas de acoso cibernético.
- La prevalencia del acoso a otras personas fue mayor entre los niños de 15 años y las niñas de 13 años.
- Los adolescentes más jóvenes corren un riesgo especial de sufrir acoso.
- Los niños tenían más probabilidades que las niñas de participar en peleas físicas (15% niños, 5% niñas).

Lesiones

- La prevalencia de lesiones atendidas médicamente fue mayor entre los niños que entre las niñas (48% niños, 39% niñas).
- Los adolescentes más jóvenes tenían más probabilidades de haber recibido tratamiento médico por lesiones en los últimos 12 meses.
- Los niños y niñas más adinerados tienen más probabilidades de reportar lesiones atendidas médicamente.

Bienestar social

- La mayoría de los adolescentes informaron una fácil comunicación con sus madres (87% niños, 84% niñas) pero menos con sus padres (79% niños, 66% niñas).
- Sólo al 57% de las niñas de 15 años les resulta fácil hablar con su padre sobre cosas que les molestan.
- Desde 2014, la comunicación con los padres ha mejorado, especialmente entre las niñas.
- Los adolescentes de familias más acomodadas tienen niveles más altos de apoyo familiar, mejor comunicación con sus padres y es más probable que informen niveles altos de apoyo entre pares (64% versus 56%).
- Los niños tenían más probabilidades de reportar un alto apoyo familiar (73% niños, 71% niñas), mientras que las niñas tenían más probabilidades de reportar un alto apoyo de sus amigos (55% niños, 66% niñas).
- El apoyo entre pares ha disminuido desde 2014 (63% hasta 60%), especialmente para las niñas.

Experiencia escolar

- Poco más de una cuarta parte de los adolescentes (28%) informaron que les gustaba mucho la escuela.
- La experiencia escolar empeora con la edad en la mayoría de los países/regiones; La satisfacción escolar y el apoyo percibido de los docentes disminuyen, mientras que aumenta la presión en el trabajo escolar.
- Más de la mitad de los adolescentes informan altos niveles de apoyo por parte de sus compañeros de estudios (59%) y sus profesores (56%), pero sólo alrededor de una cuarta parte les gusta mucho la escuela (28%).
- Más niñas que niños informaron que les gustaba ir a la escuela a los 11 años (43% y 35%, respectivamente), pero no hubo diferencia de género entre los jóvenes de 15 años (22% y 21%, respectivamente).
- La presión en el trabajo escolar aumentó con la edad, del 26% de los niños de 11 años al 44% de los de 15 años.
- La satisfacción escolar ha disminuido desde 2014 en alrededor de un tercio de los países/regiones.
- Más de un tercio de los adolescentes (36%) informaron niveles altos de presión por el trabajo escolar y los niveles fueron particularmente altos entre las niñas mayores.
- En general, más de la mitad de los adolescentes informaron altos niveles de apoyo por parte de sus maestros y compañeros de clase, pero hubo una gran variación entre países.
- Los jóvenes de familias más pobres tenían menos probabilidades de sentirse apoyados por sus compañeros de clase, pero experimentaron niveles más bajos de presión por parte del trabajo escolar.

Contexto familiar

- La mayoría de los adolescentes viven tanto con su madre como con su padre (73%), pero uno de cada seis (17%) vive en una familia monoparental.
- La mayoría de las familias monoparentales están encabezadas por una madre, y las tasas de familias monoparentales son del 5% o menos en todos los países/regiones.
- Uno de cada 20 adolescentes vive con al menos uno de sus padres que está desempleado y busca trabajo. Los adolescentes tenían más probabilidades de vivir con una madre desempleada (3%) que con un padre (1%).
- Más de una quinta parte de los adolescentes eran de origen inmigrante en casi la mitad de los países y regiones.

Conclusiones

Aunque se han producido avances significativos en la implementación de la Evaluación de los Programas de Salud Escolar, la inclusión de una Evaluación Integral ha incrementado las garantías de calidad para que estos programas de salud sean integrales, sostenibles, y evaluables, se apliquen a escala universal para satisfacer las necesidades de todos los escolares, teniendo en cuenta la creciente desigualdad de género, nivel económico, y cultural

Cuidar la salud y el bienestar de las alumnos y alumnas mediante la Evaluación de los Programas de Salud Escolar con enfoques multisectoriales, es una de las formas más transformadoras y rentables de mejorar los resultados materia de educación y hacer que los sistemas educativos sean más inclusivos y equilibrados

La Evaluación de los Programas de Salud Escolar han puesto de relieve que La inversión en salud beneficia más a los niños y niñas más pobres y desfavorecidos. Sin embargo, los niños, niñas y adolescentes que más podrían beneficiarse de estos programas son a menudo los más propensos a quedarse sin ellos. Se requiere un esfuerzo en la inversión de los países para garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes estén escolarizados, y que los programas de salud lleguen a los que más lo necesitan, en los países más pobres y en los hogares más pobres y marginados. Esto requiere abordar la equidad, la igualdad de género y la inclusión social de la población más vulnerable.

Las políticas y los programas de salud escolar deben ser pertinentes y sensibles a los contextos socioculturales de los países y las necesidades de la infancia y juventud, prestando más atención a la salud mental, a la promoción de la actividad física, al apoyo a los escolares con enfermedades crónicas y con discapacidad, y a los enfoques eficaces basados en la evidencia científica para combatir el sobrepeso y la obesidad.

La Evaluación de los Programas de Salud Escolar ha puesto de relieve las siguientes prioridades a tener en cuenta en el proceso de planificación sanitaria:

- El bienestar social y emocional disminuye a medida que los adolescentes crecen, especialmente entre las niñas.
- Los adolescentes de familias menos acomodadas experimentan peor salud y bienestar.
- Invertir en la adolescencia produce triples beneficios, aportando beneficios sanitarios, sociales y económicos a los adolescentes de hoy, a los adultos del mañana y a las generaciones futuras.
- La pobreza puede dificultar la creación de relaciones de apoyo. Los adolescentes de entornos más pobres experimentan menos apoyo social por parte de familiares, amigos y compañeros de clase.
- El aumento de la tecnología puede tener beneficios positivos, pero también puede amplificar vulnerabilidades e introducir nuevas amenazas como el ciberacoso, que afecta desproporcionadamente a las niñas.
- Mejorar la salud de los adolescentes requiere acciones en todos los sectores y en todos los niveles de la sociedad.

Bibliografía

Bartlett, S., Bataineh, J., Thompson, W. y Pickett, W. (2023). Correlaciones entre la percepción del peso y la asunción manifiesta de riesgos entre los adolescentes canadienses. **Revista canadiense de salud pública** , 1-10.

Bitto Urbanova, L., Madarasova Geckova, A., Dankulincova Veselska, Z., Capikova, S., Holubcikova, J., van Dijk, JP, & Reijneveld, SA (2023). La tecnología me apoya: Percepciones de los beneficios de la tecnología digital en adolescentes. **Frontiers in Psychology** , 13, 8589.

Blinka, L., Stašek, A., Šabláturová, N., Ševčíková, A. y Husarova, D. (2023). El uso problemático de Internet y teléfonos inteligentes por parte de los adolescentes en experiencias de (ciber)bullying: un análisis de la red. **Salud mental infantil y adolescente** , 28(1), 60-66.

Boniel-Nissim M, Marino C, Galeotti T, Blinka L, Ozoliņa K, Craig W et al. Un enfoque sobre el uso de las redes sociales y los juegos en adolescentes en Europa, Asia central y Canadá. Informe internacional sobre comportamientos de salud en niños en edad escolar de la encuesta 2021/2022. Volumen 6. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2024:

Boniel-Nissim, M., Tynjälä, J., Gobiņa, I., Furstova, J., van den Eijnden, RJ, Marino, C., ... y Gariépy, G. (2023). Uso de las redes sociales por parte de los adolescentes y asociaciones con los patrones de sueño en 18 países europeos y norteamericanos. **Salud del sueño** .

Buli, B., Larm, P., Nilsson, KW, Hellström-Olsson, C., Lehtinen-Jacks, S. y Giannotta, F. (2023). Tendencias en los problemas de salud mental de los adolescentes y el papel de los factores relacionados con el estilo de vida. **Revista Europea de Salud Pública** , 33(Suplemento_2), ckad160-1583.

Charrier L, van Dorsselaer S, Canale N, Baska T, Kilibarda B, Comoretto RI et al. Un enfoque sobre el consumo de sustancias en adolescentes en Europa, Asia central y Canadá. Informe internacional sobre comportamientos de salud en niños en edad escolar de la encuesta 2021/2022. Volumen 3. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2024.

Chatelan, A., Rouche, M., Kelly, C., Fismen, AS, Pedroni, C., Desbouys, L. y Castetbon, K. (2023). Impuestos sobre las bebidas azucaradas y tendencias en el consumo diario de refrescos según la riqueza

familiar: una encuesta transversal internacional repetida entre adolescentes europeos. **The American journal of clinical nutrition** , 117(3), 576-585.

Corell, M., Friberg, P., Petzold, M. y Löfstedt, P. (2024). Desigualdades socioeconómicas en la salud mental de los adolescentes en los países nórdicos en la década de 2000: un estudio que utiliza datos transversales del estudio Health Behaviour in School-aged Children. **Archives of Public Health** , 82(1), 20

Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D, Schrijvers K, Catunda C, Schnohr C. Un enfoque en la salud mental y el bienestar de los adolescentes en Europa, Asia central y Canadá. Informe internacional sobre comportamientos de salud en niños en edad escolar de la encuesta 2021/2022. Volumen 1. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2023..

Cosma A, Molcho M, Pickett W. Un enfoque sobre la violencia y el acoso entre pares en la adolescencia en Europa, Asia central y Canadá. Informe internacional sobre comportamientos de salud en niños en edad escolar de la encuesta 2021/2022. Volumen 2. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2024.

Currie, C., Díaz, AYA, Bosáková, L., y de Looze, M. (2023). Escala internacional de riqueza familiar (FAS): un gráfico de 25 años de desarrollo de indicadores, evidencia producida e impacto de las políticas en las desigualdades de salud de los adolescentes. **SSM-Population Health** , 101599.

de Graaf, H., Schouten, F., van Dorsselaer, S., Költő, A., Ball, J., Stevens, GW y de Looze, M. (2024). Tendencias y brecha de género en la notificación de la iniciación sexual entre jóvenes de 15 años: una comparación de 33 países europeos. **The Journal of Sex Research** , 1-10.

Exner-Cortens, D., Soto, JNC, Yeates, KO, van Donkelaar, P. y Craig, WM (2024). La asociación entre la violencia en el noviazgo entre adolescentes y la conmoción cerebral. **Revista de salud del adolescente** .

Gallego, A., y López-Gil, JF (2024). El papel de los factores económicos individuales y contextuales en la obesidad entre los adolescentes: un estudio transversal que incluyó a 143 160 participantes de 41 países. **Journal of Global Health** , 14.

Gangl, S. (2023). ¿Importa el diseño de un impuesto a las bebidas gaseosas? Evidencia de escolares en Europa. **Economía empírica** , 1-35.

GBD 2019 Risk Factor Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1223–1249.

Geraets, AFJ, Cosma, A., Fismen, AS, Ojala, K., Pierannunzio, D., Kelly, C., ... y Heinz, A. (2023). Tendencias temporales transnacionales en la percepción del peso corporal de los adolescentes y el papel explicativo de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. **Obesidad infantil y adolescente** , 6(1), 2218148

Gil, F., Sharon, B., Shlomi, H., Tirtzha, C., Lilach, BM, Ariela, G., ... y Riki, T. (2023). Después de la escuela: voluntariado en servicios de emergencia comunitarios y consumo de sustancias entre adolescentes israelíes. **Psicología en las escuelas** , 60(7), 2579-2591.

Haug, E., Castillo, I., Samdal, O., y Smith, ORF (2023). Preocupaciones corporales y participación en educación física entre estudiantes adolescentes: el papel mediador de la motivación. **Frontiers in Psychology** , 14.

Heinz, A., Költő, A., Taylor, AB y Chan, A. (2023). “¿Eres un niño o una niña?”: un análisis de la respuesta faltante. **Children** , 10(10), 1695.

Hnidková, L., Bakalár, P., Magda, R., Kolarčík, P., Kopčáková, J. y Boberová, Z. (2024). La alfabetización en salud de los adolescentes está directamente asociada con su actividad física, pero indirectamente con su composición corporal y su aptitud cardiorrespiratoria: análisis de mediación de los datos del estudio HBSC eslovaco. **BMC Public Health** , 24(1), 2762.

Högberg, B. ¿Existe una compensación entre el rendimiento y el bienestar en los sistemas educativos? Nueva evidencia comparativa entre países. **Child Ind Res** (2023).

Hu, H., Song, J., MacGregor, GA y He, FJ (2023). Consumo de refrescos y sobrepeso y obesidad entre adolescentes en 107 países y regiones. **JAMA Network Open** , 6(7), e2325158-e2325158.

Huang, Y., Lu, J. y Širůček, J. (2023). Las asociaciones entre el entorno social y la salud psicosomática de los adolescentes: una perspectiva ecológica. **Frontiers in psychology** , 14, 1141206.

Inchley J et al. eds. Conductas relacionadas con el alcohol en adolescentes: tendencias y desigualdades en la Región Europea de la OMS, 2002-2014. Observaciones del estudio colaborativo transnacional de la OMS sobre conductas de salud en niños en edad escolar (HBSC). Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2018.

Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editores. Spotlight on teenager health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. Informe internacional. Volumen 1. Hallazgos clave. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2020.

Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editores. Spotlight on teenager health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. Informe internacional. Volumen 2. Datos clave. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2020.

Jo Inchley, Dorothy Currie, Sanja Budisavljevic, Torbjørn Torsheim, Atle Jåstad, Alina Cosma, Colette Kelly, Ársæll Már Arnarsson, Vivian Barnekow y Martin M. Weber Inchley J et al. eds. Conductas relacionadas con el alcohol en adolescentes: tendencias y desigualdades en la Región Europea de la OMS, 2002-2014. Observaciones del estudio colaborativo transnacional de la OMS sobre conductas de salud en niños en edad escolar (HBSC). Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2018.

Khan, A., Reyad, MAH, Edwards, E. y Horwood, S. (2023). Asociaciones entre las dificultades de sueño de los adolescentes y el tiempo frente a pantallas activo frente al pasivo en 38 países. **Journal of Affective Disorders** , 320, 298-304.

Kosticova, M., Kopcakova, J., Vaskova, M., Slancova, TK, Kolarcik, P. y Bakalár, P. (2023). Características del sueño y lesiones relacionadas con la actividad física en adolescentes en clubes deportivos, tiempo libre y escuelas. **Prevención de lesiones** .

Lazzeri, G., Ciardullo, S., Spinelli, A., Pierannunzio, D., Dzielska, A., Kelly, C., ... y Nardone, P. (2023). Correlación entre el consumo diario de desayuno de los adolescentes y las características sociodemográficas: tendencias en 23 países europeos que participan en el estudio sobre el comportamiento saludable en niños en edad escolar (2002-2018). **Nutrients** , 15(11), 2453.

Madsen, KM, Holstein, BE y Madsen, KR (2023). Dolor de cabeza, de estómago y de espalda recurrentes entre adolescentes: asociación con la exposición al acoso escolar y el nivel socioeconómico de los padres. **Scandinavian Journal of Pain** , (0).

Malinowska-Cieślik, M., Kleszczewska, D., Dzielska, A., Ścibor, M. y Mazur, J. (2023). Similitudes y diferencias entre los determinantes psicosociales del acoso y el ciberacoso entre adolescentes polacos. **Revista internacional de investigación medioambiental y salud pública** , 20(2), 1358.

Nicolas, C., Rouche, M., Dierckens, M., Kelly, C., Fismen, AS, Nardone, P., ... y Chatelan, A. (2023). Tendencias de dieciséis años en el consumo de frutas y desigualdades socioeconómicas relacionadas entre adolescentes en países de Europa occidental. **Revista europea de nutrición** , 1-10.

Okunogbe et al., "Economic Impacts of Overweight and Obesity." 2ª edición con estimaciones para 161 países. Federación Mundial de la Obesidad, 2022.

öltó A, de Looze M, Jåstad A, Nealon Lennox O, Currie D, Nic Gabhainn S. Un enfoque en la salud sexual de los adolescentes en Europa, Asia central y Canadá. Informe internacional sobre comportamientos de salud en niños en edad escolar de la encuesta 2021/2022. Volumen 5. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2024.

Peuters, C., Maenhout, L., Cardon, G., De Paepe, A., DeSmet, A., Lauwerier, E.,... & Crombez, G. (2024). Una intervención móvil de estilo de vida saludable para promover la salud mental en la adolescencia: una evaluación de métodos mixtos. **Salud pública de BMC** , 24(1), 44.

Puupponen, M., Tynjälä, J., Välimaa, R. y Paakkari, L. (2023). Asociaciones entre la frecuencia de consumo de bebidas energéticas por parte de los adolescentes y varios indicadores de salud negativos. **BMC Public Health** , 23(1), 258.

Qasrawi, R., Vicuna Polo, S., Abu Khader, R., Abu Al-Halawa, D., Hallaq, S., Abu Halaweh, N. y Abdeen, Z. (2023). Técnicas de aprendizaje automático para identificar factores de riesgo de salud mental asociados con la capacidad cognitiva de los escolares que viven en entornos políticamente violentos. **Frontiers in Psychiatry** , 14, 1071622.

Rakić JG, Hamrik Z, Dzielska A, Felder-Puig R, Oja L, Bakalár P et al. Un enfoque sobre la actividad física, los comportamientos alimentarios, el estado de peso y la imagen corporal de los adolescentes en Europa, Asia central y Canadá. Informe internacional sobre comportamientos de salud en niños en edad escolar de la encuesta 2021/2022. Volumen 4. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2024.

Roman-Juan, J., Jensen, MP, y Miró, J. (2024). El aumento de la menarquia temprana se asocia con el aumento del dolor de espalda crónico en adolescentes femeninas: el estudio HBSC 2002-2014. **The Clinical Journal of Pain** , 10-1097.

Rozgonjuk, D., Blinka, L., Löchner, N., Faltýnková, A., Husarova, D. y Montag, C. (2023). Diferencias entre el uso problemático de Internet y de teléfonos inteligentes y sus factores de riesgo psicológico en niños y niñas: un análisis de redes. **Psiquiatría y salud mental infantil y adolescente** , 17(1), 1-14.

Torchyan, AA, Houkes, I. y Bosma, H. (2024). Desigualdad de ingresos y diferencias socioeconómicas en la perpetración de acoso escolar entre adolescentes en países poscomunistas de Europa: hallazgos del estudio HBSC. **Preventive medicine reports** , 37, 102540.

Turunen, J., y Hagquist, C. (2023). Apoyo y conocimiento parental percibido por los niños en la custodia física compartida y otros acuerdos de convivencia para niños. **Journal of Family Research** , 35, 145-161.

Yehuda, MB, Barak, S., Hutzler, Y., Ng, K., Giladi, A., Meir, LB, ... y Tesler, R. (2023). Perfiles de riesgo cardiovascular agrupados entre niños y adolescentes con discapacidad. **BMC Public Health** , 23(1), 896.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: Etiología y tratamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda.

Autor/es: Carlos Manuel Baonza Carqués, Almudena Barrios Baños.

Centro de Trabajo: Centro de salud Espronceda (Madrid)

Mail de todos los autores: : carlosmanuel.baonza@salud.madrid.org, almudena.barrios@salud.salud.org

Resumen:

La gingivitis ulcero necrotizante es una infección destructiva.

Cursa con sangrado, dolor, halitosis, papilas ulceradas pseudomembranosas blancas, y menos frecuentemente con temperatura elevada y adenopatías linfática.

Se produce más frecuentemente en adultos jóvenes (18 a 30 años).

Los objetivos del estudio son: conocer las posibles causas y describir el tratamiento.

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través del buscador Sapiens. Se ha usado la palabra clave “*necrotizing ulcerative gingivitis*” de los que se han seleccionado 14.

Las etiologías descritas son las siguientes: bacterias, tener una quimiotaxis alterada, estrés y ansiedad, debilitamiento general y desnutrición, consumo de tabaco y alcohol.

El tratamiento consiste en un tratamiento básico periodontal, antibióticos sistémicos y antisépticos bucales.

ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA

Autores: Carlos Manuel Baonza Carqués (carlosmanuel.baonza@salud.madrid.org), Almudena Barrios Baños.

INTRODUCCIÓN

La gingivitis ulcero necrotizante es una infección destructiva. Cursa con sangrado, dolor, halitosis, papilas ulceradas pseudomembranosas blancas (figura 1), y menos frecuentemente con temperatura elevada y adenopatías linfática^{1,2}.

Se produce más frecuentemente en adultos jóvenes^{8,11,12} (18 a 30 años).

OBJETIVOS

- Conocer las posibles causas.
- Describir el tratamiento.

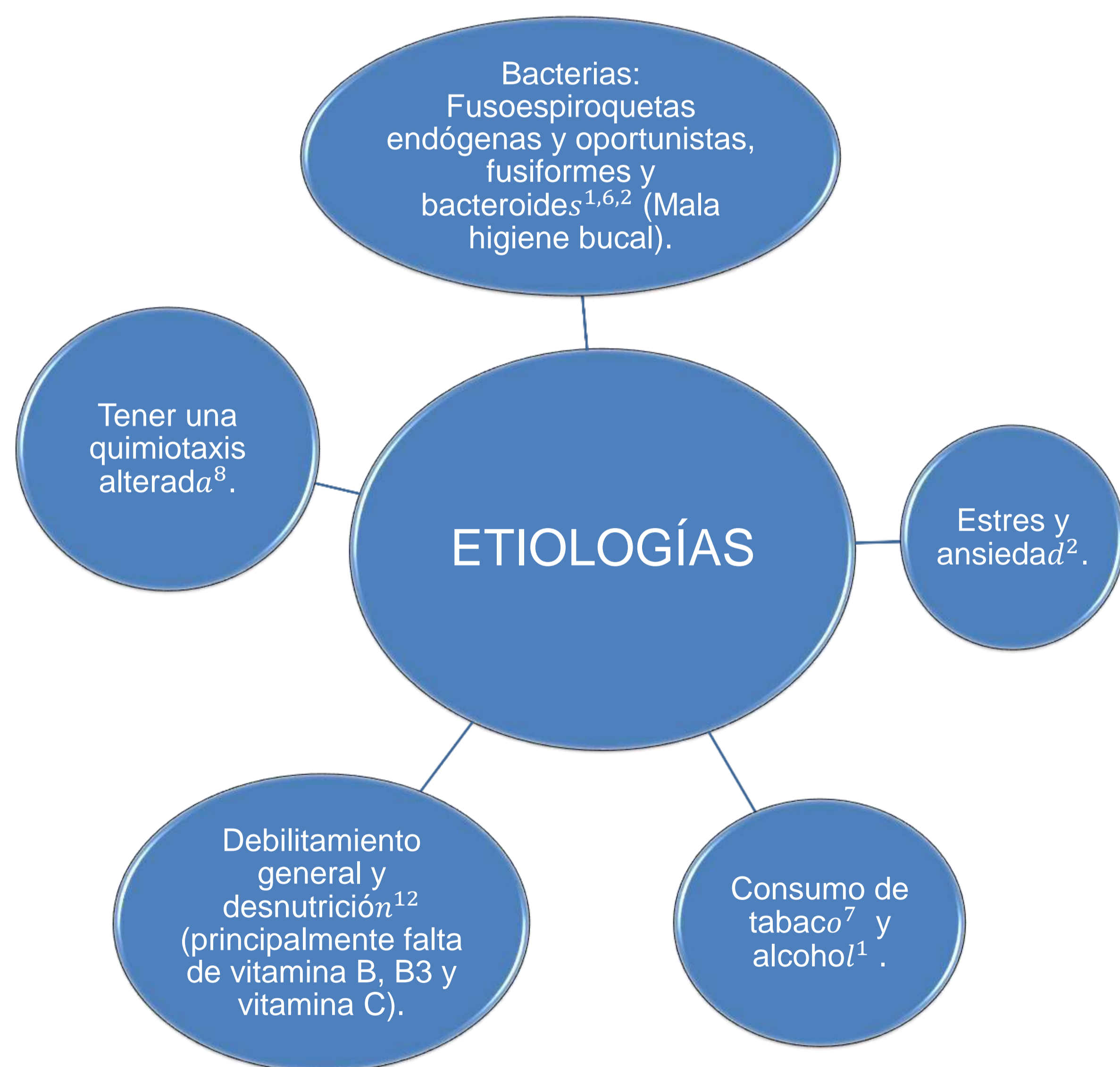
MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través del buscador Sapiens. Se ha usado la palabra clave "necrotizing ulcerative gingivitis" encontrando 163 artículos de los que se han seleccionado 14.



Figura 1. Gingivitis ulceronecrotizante aguda⁸.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



Tratamiento periodontal

- Tratamiento básico periodontal (Raspados y alisados radiculares + Instrucciones de higiene oral) Al mes se debe realizar una reevaluación y pautar los mantenimientos cada cuanto se crea pertinente. Si en la reevaluación se considerase, sería necesario el tto. quirúrgico periodontal¹ (resortivo o regenerativo)

Antibióticos sistémicos

- Amoxicilina 750mg/8 h/7 días + metronidazol 250/8h/7 días.

Antisépticos bucales

- Gel de gluconato de clórhexidina 0,12%.
- Peróxido de hidrógeno al 3%.
- Povidona yodada al 1%⁸.
- No son eficaces sin el tratamiento periodontal¹⁰.

CONCLUSIONES

- Las causas de la gingivitis ulceronecrotizante aguda son las bacterias, el estrés, la ansiedad, el consumo de tabaco, alcohol y presentar desnutrición o debilitamiento general.
- El tratamiento óptimo consistiría en el tratamiento periodontal, combinado con antibióticos sistémicos y antisépticos bucales.



BIBLIOGRAFÍA



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: Etiología y tratamiento de la gingivitis ulceronecrotizante aguda.

Autor/es: Carlos Manuel Baonza Carqués, Almudena Barrios Baños.

Centro de Trabajo: Centro de salud Espronceda (Madrid)

Mail de todos los autores: carlosmanuel.baonza@salud.madrid.org, almudena.barrios@salud.salud.org

La gingivitis ulceronecrotizante es una infección destructiva.

Cursa con sangrado, dolor, halitosis, papilas ulceradas pseudomembranosas blancas (figura 1), y menos frecuentemente con temperatura elevada y adenopatías linfática^{1,2}.



Figura 1. Gingivitis ulceronecrotizante aguda⁸.

Se produce más frecuentemente en adultos jóvenes^{8,11,12} (18 a 30 años).

Los objetivos del estudio son: conocer las posibles causas y describir el tratamiento.

El estudio se ha realizado mediante una revisión bibliográfica a través del buscador Sapiens. Se ha usado la palabra clave “*necrotizing ulcerative gingivitis*” encontrando 163 artículos de los que se han seleccionado 14.



Resultados y discusión:

Las etiologías descritas en los artículos son las siguientes:

- Bacterias: Fusoespiroquetas endógenas y oportunistas, fusiformes y bacteroides^{1,6,2} (son pacientes con mala higiene bucal).
- Tener una quimiotaxis alterada⁸.
- Estrés y ansiedad²
- Debilitamiento general y desnutrición¹² (principalmente falta de vitamina B, B3 y vitamina C).
- Consumo de tabaco⁷ y alcohol¹.

El tratamiento consiste en:

- Tratamiento periodontal:
 - a. Tratamiento básico periodontal (Raspados y alisados radiculares + Instrucciones de higiene oral).
 - b. Al mes se debe realizar una reevaluación.
 - c. Pautar los mantenimientos cada cuanto se crea pertinente. Si en la reevaluación se considerase, sería necesario el tto. quirúrgico periodontal¹ (resertivo o regenerativo).
- Antibióticos sistémicos:
 - a. Amoxicilina 750mg/8 h/7días + metronidazol 250/8h/7 días.
- Antisépticos bucales: Hay discrepancias entre los antisépticos bucales recomendados, se podría elegir uno o combinados intercalados. Son los siguientes:
 - a. Gel de gluconato de clorhexidina 0,12%.
 - b. Peróxido de hidrógeno al 3%.
 - c. Povidona yodada al 1%⁸.

En dosis de dos veces al día cada uno. No son eficaces sin el tratamiento periodontal¹⁰.

En conclusión:

- Las causas de la gingivitis ulceronecrotizante aguda son las bacterias, el estrés, la ansiedad, el consumo de tabaco, alcohol y presentar desnutrición o debilitamiento general.
- El tratamiento óptimo consistiría en el tratamiento periodontal, combinado con antibióticos sistémicos y antisépticos bucales.



Se han usado las siguientes referencias bibliográficas.:

- 1- Hartnett, Anne C.; Shiloah, Jacob. Quintessence International. Feb1991, Vol. 22 Issue 2, p95-100. 6p.
- 2- Meister Jr., Frank; Rank, Dale F. P.; Davies, E. Esch. Quintessence International. Feb1981, Vol. 12 Issue 2, p199-204. 6p.
- 3- Davies, R. M.; Stirland, R. M. Journal of Periodontal Research. 1970, Vol. 5 Issue 3, p183-186. 4p.
- 4- Malek, Rayhana; Gharibi, Amina; Khlil, Nadia; Kissa, Jamila. Contemporary Clinical Dentistry. Jul-Sep2017, Vol. 8 Issue 3, p496-500. 6p.
- 5- Aaron SL, DeBlois KW. Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis. 2023 Jul 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
- 6- Dufty, James; Gkranias, Nikolaos; Donos, Nikos. Oral Health & Preventive Dentistry. 2017, Vol. 15 Issue 4, p321-327. 7p. 1 Chart, 1 Graph.
- 7- Dufty, J.; Gkranias, N.; Petrie, A.; McCormick, R.; Elmer, T.; Donos, N. Clinical Oral Investigations. Jul2017, Vol. 21 Issue 6, p1935-1944. 10p. 4 Charts, 2 Graphs.
- 8- Atout, Reem Nizar; Todescan, Sylvia. Journal of the Canadian Dental Association. 2013, Vol. 79 Issue 2, p1-4. 4p.
- 9- Lopez, R; Fernandez, O; Jara, G; Aelum, V. B. Journal of Periodontal Research. Dec2002, Vol. 37 Issue 6, p439-444. 6p. 2 Charts.
- 10- Addy, M.; Llewelyn, J. Journal of Clinical Periodontology. Dec1978, Vol. 5 Issue 4, p272-277. 6p.
- 11- Škach, M.; Zábrodský, S.; Mrklas, L. Journal of Periodontal Research. 1970, Vol. 5 Issue 3, p187-190. 4p.
- 12- García, Alma Inés Obregón; Velásquez, Joel Omar Reyes. Medicina Oral (16656024). 2000, Vol. 2 Issue 4, p107-108. 2p.
- 13- Ronderos, Mauricia; Rowland, Randal W. Critical Decisions in Periodontology. 2003, p142-143. 2p.
- 14- Patel, Jay; Woolley, Julian. Oral Diseases. Apr2021 Supplement S3, Vol. 27, p768-769. 2p.



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 23 de noviembre de 2023

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: Necesidades de enseñanza y aprendizaje: Rol de la familia.

Autor/es:

Yenia Salazar Morales.

Susana Balcindes Acosta.

Yaneika Salazar Morales.

Centro de Trabajo: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

Mail de todos los autores: yeniasalazarmorales06@gmail.com,

Resumen:

Introducción: Es la familia una institución y el proceso de enseñanza-aprendizaje es una unidad que tiene como propósito contribuir a la formación integral de la personalidad del estudiante, de ahí se desprende la necesidad de que la escuela – hogar estén estrechamente unidas en la educación de las futuras generaciones. **Objetivo:** Valorar las dificultades que influyen en el proceso de enseñanza y aprendizaje y el papel de la familia. **Material y método:** Estudio descriptivo transversal, en la cual se aplicó una encuesta a estudiantes de 1er año de Enfermería. **Resultados:** Se analizaron las variables expuestas en la encuesta, para un total de encuestados de 59 para un (20,3%). El 33,8% conviven con sus madres en ambos sexos, el nivel de escolaridad de sus familias es técnico medio para un 44,06% y en otro grupo presentan nivel universitario para un 30,5%, como influye la familia en las formas o maneras de estudiar el estudiante de Enfermería destacándose que prefieren estudiar solos para un 50,8%, cada uno de los integrantes de la familia desconocen los días de exámenes de sus hijos otro factor importante que repercute en el proceso de enseñanza-aprendizaje para un 62,7%, la edad más afectadas la de 15 años para un 66,1%, el sexo más afectado el masculino para un 54,2%, el principal factor que impiden el correcto aprendizaje del estudiante de Enfermería son las discusiones en el hogar para un 54,2%. **Conclusiones:** En la presente investigación, la familia, factor primordial que fomenta en el estudiante de Enfermería los sentimientos, cualidades y valores, la conjugación armónica de ellos, simplifica las cualidades que se desean en el niño y el joven que eduquemos en la escuela de hoy.

Introducción

En estos últimos años, el contexto histórico social ha cambiado sustancialmente, objeto de continuas transformaciones. La Revolución ha ejercido una gran influencia en la familia y se han creado condiciones más favorables para el logro de una estrecha colaboración entre esta institución y la escuela en la educación de los alumnos, sobre el tratamiento que deben ofrecer a sus hijos en determinadas circunstancias.

La adolescencia es una edad de tránsito. Pero también es un periodo concreto de la vida, donde se alcanzan aprendizajes trascendentales, sin los cuales no se puede llegar a una adultez madura y responsable.

A lo largo de nuestras vidas, desde la niñez a la adolescencia comenzamos a asimilar toda la experiencia que la humanidad ha acumulado hasta el momento, en este último, juega la familia un rol muy importante como comunicador, pero en el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje, la familia continua aportando para contribuir a la adquisición de conocimientos, al desarrollo intelectual y físico del adolescente y a la formación de sentimientos, cualidades, y valores. Es la familia una institución y el proceso de enseñanza-aprendizaje es una unidad que tiene como



propósito contribuir a la formación integral de la personalidad del estudiante (integración de lo instructivo y lo educativo) pero una y otra está al servicio de la vida humana. La familia por su condición de medio natural se le respeta o reconoce por la adquisición de conocimientos formalmente en el hogar, constituye el primer núcleo social con el que entra en contacto el niño, en él experimenta por primera vez experiencias de la vida en colectivo y se inicia su educación. De aquí se desprende la necesidad de que escuela – hogar estén estrechamente unidas en la educación de las futuras generaciones, que el educador establezca relaciones estrechas con el hogar de los alumnos para conocer el medio en que se desenvuelven y recobrar de los padres la preocupación más estrecha para el logro de los objetivos de la educación, sin embargo la escuela en su proyección social (proceso enseñanza-aprendizaje) no puede estar ajena al entorno familiar. Lo cierto es que no hay alternativa posible para sustituir a la familia. Ella es el primer ámbito de la vida humana y del proceso enseñanza-aprendizaje. Es por eso que nos trazamos como objetivo fundamental valorar las dificultades que influyen en las necesidades dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje en el papel de la familia. (1, 2,3)

Objetivos:

General

- Valorar las dificultades que influyen en el proceso de enseñanza y aprendizaje en el papel de la familia.

Específicos

- Determinar los grupos de edades y el sexo de mayor incidencia.
- Identificar el sexo que expresa mayor vocación por la profesión de Enfermería.
- Destacar los factores más significativos que impiden el correcto aprendizaje del estudiante de Enfermería.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en la cual se aplicó una encuesta a estudiantes de 1er año de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas Gral. Calixto García Iñiguez donde la matrícula total de los mismos es de 290 para un (100%). Pero solamente se aplicó dicha encuesta en 3 brigadas las cuales son 9.1.8 (20), 9.1.11 (20) y 9.1.12 (19) siendo nuestra muestra contable para un total de encuestados de 59 para un (20,3%). Evaluándose variables como: con quien vives, nivel de escolaridad de su familia, conocimientos de tu familia de tus días de exámenes y otras variables referentes a la familia obteniéndose la cantidad de familia disfuncionales que existen y los principales factores que impiden el correcto aprendizaje de los estudiantes de Enfermería, también se valoraron las edades y el sexo más afectado. La complementación del trabajo se realizó mediante la bibliografía propia de nuestro actuar como profesores. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa de Microsoft Access y el procesamiento de las tablas por Microsoft Excel.

Resultados y discusión:

Se analizaron las siguientes variables expuestas en la encuesta mediante las respuestas de los estudiantes como influye la familia en el proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiante de Enfermería, encontrándose que la tabla 1y el gráfico1 exponen la convivencia familiar de los estudiantes de Enfermería donde 20 alumnos para un 33,8% conviven con sus madres , la mayoría de los estudiantes de Enfermería tanto del sexo masculino como del sexo femenino prefieren vivir con sus madres, la tabla 2 y el gráfico 2 analizan el nivel de escolaridad de sus familias observándose que en 26 estudiantes predominaba el técnico medio como nivel de escolaridad alcanzado para un 44,06% y en 18 alumnos presentan como nivel alcanzado universitario para un 30,5% podemos señalar que el nivel de escolaridad es otro factor influyente en el correcto aprendizaje del estudiante , la tabla 3 y el gráfico 3 refleja la vocación de los estudiantes por la



profesión destacándose que el sexo femenino se encuentra más afín con la carrera 29 alumnas, por la cantidad de estudiantes que siempre ingresan a las escuelas, el sexo femenino siempre se va por encima del sexo masculino prevaleciendo el sexo femenino. La tabla 4 y el gráfico 4 señalan la relación que guarda la familia con el estudio, como influye está en las formas o maneras de estudiar del estudiante de Enfermería destacándose que 30 alumnos prefieren estudiar solos para un 50,8%, reflejando que estos no reciben apoyo de cada uno de los integrantes de la familia en cuanto al estudio. La tabla 5 y el gráfico 5 señala el conocimiento que tienen cada uno de los integrantes de la familia de los días de exámenes de los estudiantes de Enfermería, 37 estudiantes afirman que cada uno de los integrantes de la familia desconocen los días de exámenes de ellos otro factor importante que repercute en el proceso de enseñanza-aprendizaje para un 62,7%. La tabla 6 y el gráfico 6 refleja las edades más afectadas siendo los estudiantes con 15 años los más afectados para un 66,1% seguido de los de 16 y 18 años, señalando que debemos trabajar más con los estudiantes para obtener el máximo de resultados en ellos al existir tantos factores que repercuten en su aprendizaje como futuros enfermeros(as) y aún más con los estudiantes que presentan estas edades porque se encuentran en la etapa de la adolescencia, etapa que aún no saben o desconocen lo que quieren ser en un futuro. La tabla 7 y gráfico 7 representa el sexo más afectado siendo el sexo masculino para un 54,2% debido al poco interés por los estudios y a la poca motivación que muestran por la profesión de Enfermería, la tabla 8 y gráfico 8 representa los principales factores que impiden el correcto aprendizaje de nuestros estudiantes siendo las discusiones en el hogar el factor que más repercute en ellos, señalado por 32 alumnos de la sede para un 54,2%, es por eso que debemos trabajar en esto para que disminuya este factor tan imperante entre los alumnos. Dándole salida al objetivo principal de nuestro trabajo podemos reafirmar que debido al banco de problemas que afectan el correcto aprendizaje del estudiante de Enfermería, la cantidad de familias disfuncionales que existen va en correspondencia con la cifra de encuestado 59 estudiantes de la sede para un (100%).

Conclusiones:

En el presente trabajo las siguientes variables expuestas en la encuesta respondida por los alumnos de 1er año de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas Gral. Calixto García Iñiguez arrojó las respuestas siguientes permitiendo darle salida a los objetivos propuestos por el mismo. El apoyo de la familia durante el proceso de enseñanza y aprendizaje del estudiante de enfermería es de vital importancia para el desarrollo y el alcance de buenos resultados en los mismos, no siendo así, por las diversas dificultades que afronta el alumno, obteniéndose que la muestra encuestada coincide con la cantidad de familia disfuncionales, donde las edades y el sexo más afectado, cuando no hay apoyo por cada uno de los integrantes de la familia fue el sexo masculino y los estudiantes que su edad es de 15 años, donde el sexo femenino presenta vocación por esta carrera, destacar que el principal factor que afecta el correcto aprendizaje del estudiante, cuando se encuentra rodeado por sus seres queridos son las discusiones familiares. En el niño y el joven que educamos, deben formarse las altas cualidades que deseamos tenga el hombre comunista, pero no como una suma mecánica de todos los buenos rasgos y cualidades, sino como la conjugación armónica de ellos. Por eso debemos continuar trabajando con el factor primordial que fomenta en el estudiante de enfermería los sentimientos, cualidades y valores más importantes como lo es: la familia.

Plan de medidas:

El trabajo educativo es el conjunto de actividades sociopolíticas dirigidas a influir en la formación de la personalidad del hombre, parte fundamental para el desarrollo del proceso de enseñanza y aprendizaje en los estudiantes de enfermería para el alcance de resultados satisfactorios, debemos fomentar en cada uno de los integrantes de la familia la preocupación por el alumno y el interés por la escuela, que exista una mayor relación hogar –escuela y viceversa dirigida a la



orientación de cada actividad que se realiza en la escuela con los estudiantes en cuanto : conocimiento de los días de exámenes de sus hijos, saber cual es la asignatura que ofrece mayor dificultad en el alumno y trabajar en esta mediante plan de medidas para despertar el interés por la asignatura , en algunas ocasiones es falta de motivación, realizar reuniones de padres frecuentemente, fomentar en los padres y los alumnos la motivación por la carrera de enfermería , darle participación a la familia junto con el estudiante del papel a realizar el alumno después de graduado .

Desarrollar actividades encaminadas a la vinculación hogar – escuela, lograr incluir a los padres en las comisiones organizadoras de las Jornadas Científicas Estudiantiles de Enfermería, en la realización de reuniones de padres mensualmente para el análisis de sus hijos en el mes, valorar comportamiento en los mismos, las realización de conversatorios y la inclusión de los turnos de reflexión y debate en temas sobre los hábitos de conductas de los jóvenes de la sociedad incluyendo a los padres, en este último confeccionar materiales para el trabajo político e ideológico de los jóvenes incluyendo a los padres en dicha actividad , estos últimos nos apoyan con sus experiencias.

Confeccionar en cada grupo, la creación de semigrupos para aminorar al trabajo del profesor guía y hacer efectiva el desarrollo político, ideológico, educativo y académico de los estudiantes de enfermería para ser atendidos directamente. Realizar un taller sobre Historia de la localidad para incluir a los padres, mensualmente se realizar los análisis de grupos y destacar al estudiante con mejor rendimiento haciéndolo extensivo a los centros de trabajo o institución de sus padres y así lograr la participación y motivación de cada estudiante en post de mejorar.

Trabajar unidos hogar-escuela y viceversa para el logro de resultados positivos, es el empeño de todos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gilberto García Batista, G, Temas de Introducción a la Formación Pedagógica. ed. pueblo y educación: La Habana, 2004.
2. Fernández González, A.M. Comunicación Educativa. ed. pueblo y educación: La Habana, 1995.
3. González Castro, Teoría y Práctica de los medios de enseñanza. ed. pueblo y educación: La Habana, 1986.
4. Colectivo de Autores, Los medios de enseñanza en la educación superior. ed.pueblo y educación: La Habana, 1985.
5. Neuner, G y otros, Pedagogía. ed .libros para la educación: La Habana, 1978.
6. Mined. Pedagogía. ed.pueblo y educación: La Habana, 1984.
7. Bell, G., Programa para el Desarrollo Integral del Adolescente. © UNICEF, Cuba, 2008.
8. Rodríguez Mederos, M, Valdés Marrero, C. y Colectivos de autores. Programa Fundamentos de Enfermería. La Habana, 2015.
9. Añorga, J La Educación Avanzada Teoría Educativa para el mejoramiento profesional y humano de los recursos laborales y de la comunidad. Tesis convertida en libro. Tomo I. Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”, 2015.



Anexos

ENCUESTA

MUNICIPIO

EDAD

SEXO

1. CON QUIEN VIVES.
MADRE PADRE AMBOS OTROS

2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE TU FAMILIA.
6TO 9NO 12DO ANALFABETO

TÉCNICO MEDIO UNIVERSITARIO PROFESIONAL

3. TE GUSTA TU PROFESIÓN.
SI NO

4. CON QUIEN ESTUDIAS.
SOLO MADRE PADRE AMBOS
OTROS

5. PRESENTAN TU FAMILIA CONOCIMIENTO DE TUS DÍAS DE EXÁMENES.
SI NO

6. TE APOYAN CUANDO TIENES PRUEBAS.
SI NO

7. PRESENTAS PROBLEMAS EN LA CASA QUE EN OCASIONES TE IMPIDEN ESTUDIAR.
SI NO
MENCIÓNELAS.

Tabla 1. Convivencia Familiar.

CONVIVENCIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
MADRE	11	9	20	33,8
PADRE	7	5	12	20,3
AMBOS	5	5	10	16,9
OTROS	10	7	17	28,8
TOTAL	33	26	59	100

Fuente: Encuesta Estudiantes de Enfermería



Tabla 2. Nivel de Escolaridad de la Familia.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	CANTIDAD DE ESTUDIANTES.	%
ANALFABETO	-	-
6to	-	-
9no	5	8,4
12do	10	16,9
TECNICO MEDIO	26	44,06
UNIVERSITARIO	18	30,5
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 3. Vocación por la Profesión.

VOCACIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
SI	29	21	50
NO	4	5	9
TOTAL	33	26	59

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 4. Apoyo de los Integrantes de la Familia en el Estudio.

INTEGRANTES DE LA FAMILIA	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
MADRE	5	8.4
PADRE	5	8.4
SÓLO	30	50.8
AMBOS	10	16.9
OTROS	9	15.2
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 5. Conocimiento de los Integrantes de la familia de los días de exámenes de los alumnos.

CONOCIMIENTO DE LOS DIAS DE EXAMENES.	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
SI	37	62.7
NO	22	37.2
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 6. Edades más afectadas.

EDADES	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
15	39	66.1
16	7	11.8
17	6	10.2
18	7	11.8
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería



Tabla 7. El sexo más afectado.

SEXO	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
FEMENINO	27	45.7
MASCULINO	32	54.2
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 8. Factores que impiden el correcto aprendizaje del estudiante en casa.

FACTORES	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
SITUACIONES ECONOMICAS	5	8.5
DISCUSIONES	32	54.2
ALCOHOLISMO	8	13.5
SEPARACIONES DE PADRES	7	11.8
OTROS	7	11.8
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

NECESIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE: ROL DE LA FAMILIA.

DrC. Yenia Salazar Morales
Dra. Susana Balcindes Acosta
Lic. Yaneika Salazar Morales

OBJETIVOS/ OBJETIVES

- Valorar las dificultades que influyen en el proceso de enseñanza y aprendizaje en el papel de la familia.

REVISIÓN/ REVIEW

Introducción

Es la familia una institución y el proceso de enseñanza-aprendizaje es una unidad que tiene como propósito contribuir a la formación integral de la personalidad del estudiante, de ahí se desprende la necesidad de que la escuela – hogar estén estrechamente unidas en la educación de las futuras generaciones.

Material y método

Estudio descriptivo transversal, en la cual se aplicó una encuesta a estudiantes de 1er año de Enfermería.

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

En la presente investigación, la familia, factor primordial que fomenta en el estudiante de enfermería los sentimientos, cualidades y valores, la conjugación armónica de ellos, simplifica las cualidades que se desean en el niño y el joven que eduquemos en la escuela de hoy.

REFERENCIAS/ REFERENCES

1. Gilberto García Batista, G, Temas de Introducción a la Formación Pedagógica. ed. pueblo y educación: La Habana, 2004.
2. Fernández González, A.M. Comunicación Educativa. ed. pueblo y educación: La Habana, 1995.
3. González Castro, Teoría y Práctica de los medios de enseñanza. ed. pueblo y educación: La Habana, 1986.
4. Colectivo de Autores, Los medios de enseñanza en la educación superior. ed. pueblo y educación: La Habana, 1985.
5. Neuner, G y otros, Pedagogía. ed .libros para la educación: La Habana, 1978.
6. Mined. Pedagogía. ed. pueblo y educación: La Habana, 1984.
7. Bell, G., Programa para el Desarrollo Integral del Adolescente. © UNICEF, Cuba, 2008.
8. Rodríguez Mederos, M, Valdés Marrero, C. y Colectivos de autores. Programa Fundamentos de Enfermería. La Habana, 2015.
9. Añorga, J La Educación Avanzada Teoría Educativa para el mejoramiento profesional y humano de los recursos laborales y de la comunidad. Tesis convertida en libro. Tomo I. Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”, 2015.
10. Pérez Bejerano MF. Programa Educativo para el mejoramiento del desempeño profesional pedagógico de los docentes de los centros de educación de jóvenes y adultos. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana, Cuba, ISPEJV, 2010.

Tabla 1. Convivencia Familiar.

CONVIVENCIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
MADRE	11	9	20	33,8
PADRE	7	5	12	20,3
AMBOS	5	5	10	16,9
OTROS	10	7	17	28,8
TOTAL	33	26	59	100

Tabla 2. Apoyo de los Integrantes de la Familia en el Estudio.

INTEGRANTES DE LA FAMILIA	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
MADRE	5	8.4
PADRE	5	8.4
SÓLO	30	50.8
AMBOS	10	16.9
OTROS	9	15.2
TOTAL	59	100

Tabla 3. Edades más afectadas.

EDADES	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
15	39	66.1
16	7	11.8
17	6	10.2
18	7	11.8
TOTAL	59	100

Tabla 4. Factores que impiden el correcto aprendizaje del estudiante en casa.

FACTORES	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
SITUACIONES ECONOMICAS	5	8.5
DISCUSIONES	32	54.2
ALCOHOLISMO	8	13.5
SEPARACIONES DE PADRES	7	11.8
OTROS	7	11.8
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta Estudiantes de Enfermería



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 23 de noviembre de 2023

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: Necesidades de enseñanza y aprendizaje: Rol de la familia.

Autor/es:

Yenia Salazar Morales.

Susana Balcindes Acosta.

Yaneika Salazar Morales.

Centro de Trabajo: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

Mail de todos los autores: yeniasalazarmorales06@gmail.com,

Resumen:

Introducción: Es la familia una institución y el proceso de enseñanza-aprendizaje es una unidad que tiene como propósito contribuir a la formación integral de la personalidad del estudiante, de ahí se desprende la necesidad de que la escuela – hogar estén estrechamente unidas en la educación de las futuras generaciones. **Objetivo:** Valorar las dificultades que influyen en el proceso de enseñanza y aprendizaje y el papel de la familia. **Material y método:** Estudio descriptivo transversal, en la cual se aplicó una encuesta a estudiantes de 1er año de Enfermería. **Resultados:** Se analizaron las variables expuestas en la encuesta, para un total de encuestados de 59 para un (20,3%). El 33,8% conviven con sus madres en ambos sexos, el nivel de escolaridad de sus familias es técnico medio para un 44,06% y en otro grupo presentan nivel universitario para un 30,5%, como influye la familia en las formas o maneras de estudiar el estudiante de Enfermería destacándose que prefieren estudiar solos para un 50,8%, cada uno de los integrantes de la familia desconocen los días de exámenes de sus hijos otro factor importante que repercute en el proceso de enseñanza-aprendizaje para un 62,7%, la edad más afectadas la de 15 años para un 66,1%, el sexo más afectado el masculino para un 54,2%, el principal factor que impiden el correcto aprendizaje del estudiante de Enfermería son las discusiones en el hogar para un 54,2%. **Conclusiones:** En la presente investigación, la familia, factor primordial que fomenta en el estudiante de Enfermería los sentimientos, cualidades y valores, la conjugación armónica de ellos, simplifica las cualidades que se desean en el niño y el joven que eduquemos en la escuela de hoy.

Introducción

En estos últimos años, el contexto histórico social ha cambiado sustancialmente, objeto de continuas transformaciones. La Revolución ha ejercido una gran influencia en la familia y se han creado condiciones más favorables para el logro de una estrecha colaboración entre esta institución y la escuela en la educación de los alumnos, sobre el tratamiento que deben ofrecer a sus hijos en determinadas circunstancias.

La adolescencia es una edad de tránsito. Pero también es un periodo concreto de la vida, donde se alcanzan aprendizajes trascendentales, sin los cuales no se puede llegar a una adultez madura y responsable.

A lo largo de nuestras vidas, desde la niñez a la adolescencia comenzamos a asimilar toda la experiencia que la humanidad ha acumulado hasta el momento, en este último, juega la familia un rol muy importante como comunicador, pero en el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje, la familia continua aportando para contribuir a la adquisición de conocimientos, al desarrollo intelectual y físico del adolescente y a la formación de sentimientos, cualidades, y valores. Es la familia una institución y el proceso de enseñanza-aprendizaje es una unidad que tiene como



propósito contribuir a la formación integral de la personalidad del estudiante (integración de lo instructivo y lo educativo) pero una y otra está al servicio de la vida humana. La familia por su condición de medio natural se le respeta o reconoce por la adquisición de conocimientos formalmente en el hogar, constituye el primer núcleo social con el que entra en contacto el niño, en él experimenta por primera vez experiencias de la vida en colectivo y se inicia su educación. De aquí se desprende la necesidad de que escuela – hogar estén estrechamente unidas en la educación de las futuras generaciones, que el educador establezca relaciones estrechas con el hogar de los alumnos para conocer el medio en que se desenvuelven y recobrar de los padres la preocupación más estrecha para el logro de los objetivos de la educación, sin embargo la escuela en su proyección social (proceso enseñanza-aprendizaje) no puede estar ajena al entorno familiar. Lo cierto es que no hay alternativa posible para sustituir a la familia. Ella es el primer ámbito de la vida humana y del proceso enseñanza-aprendizaje. Es por eso que nos trazamos como objetivo fundamental valorar las dificultades que influyen en las necesidades dentro del proceso de enseñanza y aprendizaje en el papel de la familia. (1, 2,3)

Objetivos:

General

- Valorar las dificultades que influyen en el proceso de enseñanza y aprendizaje en el papel de la familia.

Específicos

- Determinar los grupos de edades y el sexo de mayor incidencia.
- Identificar el sexo que expresa mayor vocación por la profesión de Enfermería.
- Destacar los factores más significativos que impiden el correcto aprendizaje del estudiante de Enfermería.

Material y Método:

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en la cual se aplicó una encuesta a estudiantes de 1er año de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas Gral. Calixto García Iñiguez donde la matrícula total de los mismos es de 290 para un (100%). Pero solamente se aplicó dicha encuesta en 3 brigadas las cuales son 9.1.8 (20), 9.1.11 (20) y 9.1.12 (19) siendo nuestra muestra contable para un total de encuestados de 59 para un (20,3%). Evaluándose variables como: con quien vives, nivel de escolaridad de su familia, conocimientos de tu familia de tus días de exámenes y otras variables referentes a la familia obteniéndose la cantidad de familia disfuncionales que existen y los principales factores que impiden el correcto aprendizaje de los estudiantes de Enfermería, también se valoraron las edades y el sexo más afectado. La complementación del trabajo se realizó mediante la bibliografía propia de nuestro actuar como profesores. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa de Microsoft Access y el procesamiento de las tablas por Microsoft Excel.

Resultados y discusión:

Se analizaron las siguientes variables expuestas en la encuesta mediante las respuestas de los estudiantes como influye la familia en el proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiante de Enfermería, encontrándose que la tabla 1y el gráfico1 exponen la convivencia familiar de los estudiantes de Enfermería donde 20 alumnos para un 33,8% conviven con sus madres , la mayoría de los estudiantes de Enfermería tanto del sexo masculino como del sexo femenino prefieren vivir con sus madres, la tabla 2 y el gráfico 2 analizan el nivel de escolaridad de sus familias observándose que en 26 estudiantes predominaba el técnico medio como nivel de escolaridad alcanzado para un 44,06% y en 18 alumnos presentan como nivel alcanzado universitario para un 30,5% podemos señalar que el nivel de escolaridad es otro factor influyente en el correcto aprendizaje del estudiante , la tabla 3 y el gráfico 3 refleja la vocación de los estudiantes por la



profesión destacándose que el sexo femenino se encuentra más afín con la carrera 29 alumnas, por la cantidad de estudiantes que siempre ingresan a las escuelas, el sexo femenino siempre se va por encima del sexo masculino prevaleciendo el sexo femenino. La tabla 4 y el gráfico 4 señalan la relación que guarda la familia con el estudio, como influye está en las formas o maneras de estudiar del estudiante de Enfermería destacándose que 30 alumnos prefieren estudiar solos para un 50,8%, reflejando que estos no reciben apoyo de cada uno de los integrantes de la familia en cuanto al estudio. La tabla 5 y el gráfico 5 señala el conocimiento que tienen cada uno de los integrantes de la familia de los días de exámenes de los estudiantes de Enfermería, 37 estudiantes afirman que cada uno de los integrantes de la familia desconocen los días de exámenes de ellos otro factor importante que repercute en el proceso de enseñanza-aprendizaje para un 62,7%. La tabla 6 y el gráfico 6 refleja las edades más afectadas siendo los estudiantes con 15 años los más afectados para un 66,1% seguido de los de 16 y 18 años, señalando que debemos trabajar más con los estudiantes para obtener el máximo de resultados en ellos al existir tantos factores que repercuten en su aprendizaje como futuros enfermeros(as) y aún más con los estudiantes que presentan estas edades porque se encuentran en la etapa de la adolescencia, etapa que aún no saben o desconocen lo que quieren ser en un futuro. La tabla 7 y gráfico 7 representa el sexo más afectado siendo el sexo masculino para un 54,2% debido al poco interés por los estudios y a la poca motivación que muestran por la profesión de Enfermería, la tabla 8 y gráfico 8 representa los principales factores que impiden el correcto aprendizaje de nuestros estudiantes siendo las discusiones en el hogar el factor que más repercute en ellos, señalado por 32 alumnos de la sede para un 54,2%, es por eso que debemos trabajar en esto para que disminuya este factor tan imperante entre los alumnos. Dándole salida al objetivo principal de nuestro trabajo podemos reafirmar que debido al banco de problemas que afectan el correcto aprendizaje del estudiante de Enfermería, la cantidad de familias disfuncionales que existen va en correspondencia con la cifra de encuestado 59 estudiantes de la sede para un (100%).

Conclusiones:

En el presente trabajo las siguientes variables expuestas en la encuesta respondida por los alumnos de 1er año de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas Gral. Calixto García Iñiguez arrojó las respuestas siguientes permitiendo darle salida a los objetivos propuestos por el mismo. El apoyo de la familia durante el proceso de enseñanza y aprendizaje del estudiante de enfermería es de vital importancia para el desarrollo y el alcance de buenos resultados en los mismos, no siendo así, por las diversas dificultades que afronta el alumno, obteniéndose que la muestra encuestada coincide con la cantidad de familia disfuncionales, donde las edades y el sexo más afectado, cuando no hay apoyo por cada uno de los integrantes de la familia fue el sexo masculino y los estudiantes que su edad es de 15 años, donde el sexo femenino presenta vocación por esta carrera, destacar que el principal factor que afecta el correcto aprendizaje del estudiante, cuando se encuentra rodeado por sus seres queridos son las discusiones familiares. En el niño y el joven que educamos, deben formarse las altas cualidades que deseamos tenga el hombre comunista, pero no como una suma mecánica de todos los buenos rasgos y cualidades, sino como la conjugación armónica de ellos. Por eso debemos continuar trabajando con el factor primordial que fomenta en el estudiante de enfermería los sentimientos, cualidades y valores más importantes como lo es: la familia.

Plan de medidas:

El trabajo educativo es el conjunto de actividades sociopolíticas dirigidas a influir en la formación de la personalidad del hombre, parte fundamental para el desarrollo del proceso de enseñanza y aprendizaje en los estudiantes de enfermería para el alcance de resultados satisfactorios, debemos fomentar en cada uno de los integrantes de la familia la preocupación por el alumno y el interés por la escuela, que exista una mayor relación hogar –escuela y viceversa dirigida a la



orientación de cada actividad que se realiza en la escuela con los estudiantes en cuanto : conocimiento de los días de exámenes de sus hijos, saber cual es la asignatura que ofrece mayor dificultad en el alumno y trabajar en esta mediante plan de medidas para despertar el interés por la asignatura , en algunas ocasiones es falta de motivación, realizar reuniones de padres frecuentemente, fomentar en los padres y los alumnos la motivación por la carrera de enfermería , darle participación a la familia junto con el estudiante del papel a realizar el alumno después de graduado .

Desarrollar actividades encaminadas a la vinculación hogar – escuela, lograr incluir a los padres en las comisiones organizadoras de las Jornadas Científicas Estudiantiles de Enfermería, en la realización de reuniones de padres mensualmente para el análisis de sus hijos en el mes, valorar comportamiento en los mismos, las realización de conversatorios y la inclusión de los turnos de reflexión y debate en temas sobre los hábitos de conductas de los jóvenes de la sociedad incluyendo a los padres, en este último confeccionar materiales para el trabajo político e ideológico de los jóvenes incluyendo a los padres en dicha actividad , estos últimos nos apoyan con sus experiencias.

Confeccionar en cada grupo, la creación de semigrupos para aminorar al trabajo del profesor guía y hacer efectiva el desarrollo político, ideológico, educativo y académico de los estudiantes de enfermería para ser atendidos directamente. Realizar un taller sobre Historia de la localidad para incluir a los padres, mensualmente se realizar los análisis de grupos y destacar al estudiante con mejor rendimiento haciéndolo extensivo a los centros de trabajo o institución de sus padres y así lograr la participación y motivación de cada estudiante en post de mejorar.

Trabajar unidos hogar-escuela y viceversa para el logro de resultados positivos, es el empeño de todos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gilberto García Batista, G, Temas de Introducción a la Formación Pedagógica. ed. pueblo y educación: La Habana, 2004.
2. Fernández González, A.M. Comunicación Educativa. ed. pueblo y educación: La Habana, 1995.
3. González Castro, Teoría y Práctica de los medios de enseñanza. ed. pueblo y educación: La Habana, 1986.
4. Colectivo de Autores, Los medios de enseñanza en la educación superior. ed.pueblo y educación: La Habana, 1985.
5. Neuner, G y otros, Pedagogía. ed .libros para la educación: La Habana, 1978.
6. Mined. Pedagogía. ed.pueblo y educación: La Habana, 1984.
7. Bell, G., Programa para el Desarrollo Integral del Adolescente. © UNICEF, Cuba, 2008.
8. Rodríguez Mederos, M, Valdés Marrero, C. y Colectivos de autores. Programa Fundamentos de Enfermería. La Habana, 2015.
9. Añorga, J La Educación Avanzada Teoría Educativa para el mejoramiento profesional y humano de los recursos laborales y de la comunidad. Tesis convertida en libro. Tomo I. Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”, 2015.



Anexos

ENCUESTA

MUNICIPIO

EDAD

SEXO

1. CON QUIEN VIVES.
MADRE PADRE AMBOS OTROS

2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE TU FAMILIA.
6TO 9NO 12DO ANALFABETO

TÉCNICO MEDIO UNIVERSITARIO PROFESIONAL

3. TE GUSTA TU PROFESIÓN.
SI NO

4. CON QUIEN ESTUDIAS.
SOLO MADRE PADRE AMBOS
OTROS

5. PRESENTAN TU FAMILIA CONOCIMIENTO DE TUS DÍAS DE EXÁMENES.
SI NO

6. TE APOYAN CUANDO TIENES PRUEBAS.
SI NO

7. PRESENTAS PROBLEMAS EN LA CASA QUE EN OCASIONES TE IMPIDEN ESTUDIAR.
SI NO
MENCIÓNELAS.

Tabla 1. Convivencia Familiar.

CONVIVENCIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
MADRE	11	9	20	33,8
PADRE	7	5	12	20,3
AMBOS	5	5	10	16,9
OTROS	10	7	17	28,8
TOTAL	33	26	59	100

Fuente: Encuesta Estudiantes de Enfermería



Tabla 2. Nivel de Escolaridad de la Familia.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	CANTIDAD DE ESTUDIANTES.	%
ANALFABETO	-	-
6to	-	-
9no	5	8,4
12do	10	16,9
TECNICO MEDIO	26	44,06
UNIVERSITARIO	18	30,5
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 3. Vocación por la Profesión.

VOCACIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
SI	29	21	50
NO	4	5	9
TOTAL	33	26	59

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 4. Apoyo de los Integrantes de la Familia en el Estudio.

INTEGRANTES DE LA FAMILIA	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
MADRE	5	8.4
PADRE	5	8.4
SÓLO	30	50.8
AMBOS	10	16.9
OTROS	9	15.2
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 5. Conocimiento de los Integrantes de la familia de los días de exámenes de los alumnos.

CONOCIMIENTO DE LOS DIAS DE EXAMENES.	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
SI	37	62.7
NO	22	37.2
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 6. Edades más afectadas.

EDADES	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
15	39	66.1
16	7	11.8
17	6	10.2
18	7	11.8
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería



Tabla 7. El sexo más afectado.

SEXO	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
FEMENINO	27	45.7
MASCULINO	32	54.2
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería

Tabla 8. Factores que impiden el correcto aprendizaje del estudiante en casa.

FACTORES	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
SITUACIONES ECONOMICAS	5	8.5
DISCUSIONES	32	54.2
ALCOHOLISMO	8	13.5
SEPARACIONES DE PADRES	7	11.8
OTROS	7	11.8
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta. Estudiantes de Enfermería





XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

USO DE LAS HABILIDADES INTELECTUALES EN LA ASIGNATURA DE BIOLOGIA POR LOS PROFESORES DEL INSTITUTO PREUNIVERSITARIO "SERGIO GONZÁLEZ"

Lic. Yaneika Tamara Salazar Morales (yaneikasalazar7@gmail.com)

Instituto Preuniversitario Sofield Riverón

Lic. Yenia Salazar Morales (yeniasalazarmorale06@gmail.com)

Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología

RESUMEN

Introducción. El mundial requiere una formación continua, a partir de la actualización, el progreso y el avance en la actividad profesional. Paralelo a esto, la preparación de los profesores es un proceso complejo por los adelantos de la ciencia y la tecnología, donde su preparación en el uso de las habilidades intelectuales es importante para el desarrollo de la asignatura Biología.

Objetivo. El objetivo del presente trabajo es argumentar la experiencia del uso de las habilidades intelectuales en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la asignatura de Biología por los profesores del Instituto Preuniversitario "Sergio González" del municipio Centro Habana.

Material y método. Para el desarrollo de la investigación se emplearon los métodos teóricos y empíricos que posibilitaron la caracterización del objeto de estudio. **Resultados.** Como principal resultado se pone de manifiesto la capacidad de preparación de los profesores de biología en el desarrollo de las habilidades intelectuales para una mejor calidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje desde su práctica pedagógica con repercusión positiva en el estudiante. **Conclusiones.** Se arribó a la conclusión que la utilización de las habilidades intelectuales por los profesores que imparten esta asignatura, provoca beneficios mutuos en la esfera cognoscitiva en relación directa con la práctica pedagógica.

PALABRAS CLAVE: habilidades intelectuales, proceso enseñanza-aprendizaje y práctica pedagógica

INTRODUCCIÓN

En el mundo de hoy con la apertura del nuevo milenio los problemas globales demandan una solución imperiosa. Uno de los problemas actuales que requiere soluciones efectivas es la educación. Debido a que mediante ella se resuelve al máximo las potencialidades del hombre como especie humana.

La educación cuyo recurso es la búsqueda de alternativas teóricas y metodológicas permite la transformación de las potencialidades del aprendizaje del individuo, asumiendo como punto de partida el compromiso social de su realidad. La evolución en la educación implica también cambios en la formación profesional pedagógica, debido a que se hace imprescindible la formación de un profesional capaz de autoperfeccionarse, instrumentando cambios necesarios y deseados en su contexto de actuación profesional pero más aún, motivado en la búsqueda y proyección continua de nuevas alternativas fundamentadas científicamente, que contribuyan al progreso de la realidad educativa en la que se desarrolla profesionalmente.

Por esa razón, la dinámica social de la época contemporánea, le plantea a la educación exigencias más elevadas en cuanto a la preparación del profesor, de manera, que éste pueda prepararse satisfactoriamente en cuanto a las tareas que en el orden profesional, social y personal requiere la vida.¹



En Cuba la escuela protagoniza una profunda revolución educacional con la implementación de numerosos programas que están encaminados al aseguramiento del aprendizaje con calidad a todos los ciudadanos. Existe como eslabones fundamentales: la igualdad, la cual, garantiza que no halla edad, color, preferencia religiosa, política y social para la preparación y superación del hombre para logro de los propósitos deseados, posee carácter gratuito, pues posibilita la participación de todos en el proceso de superación y preparación.

Paralelo a esto la educación cubana apunta hacia planos superiores por la renovación de sus métodos y estilos de trabajo, las contradicciones se manifiestan de manera diferente, debido a que esta no se rige por el neoliberalismo, si no por los principios generales derivados del sistema socialista, en sus fundamentos están implícitos la obra de los grandes pedagogos y principalmente el pensamiento martiano.

En los Lineamientos de la Política Social del Partido Comunista de Cuba en la esfera educacional, se propone avanzar en la elevación de la calidad y el rigor del proceso docente-educativo, así como fortalecer el papel del profesor y perfeccionar el trabajo con la familia, todo lo que también propicia el desarrollo local. PCC, (2021) ²

A la vez, no está lejos de esto la educación preuniversitaria, como caso particular, posee en sus manos el gran reto: la formación humanista de los futuros profesionales, que demanda la educación cubana desde el punto de vista social y ético.

En el Instituto Preuniversitario "Sergio González" del municipio de Centro Habana los estudiantes están motivados por la asignatura de biología desde el proceso enseñanza-aprendizaje, esto es posible a través de los profesores porque se preparan en la orientación hacia el algoritmo de trabajo mediante el uso de las habilidades intelectuales, tales como: observar, describir, definir, identificar, comparar, argumentar y explicar.

Lo anteriormente revela la necesidad de los profesores de ser capaces de autoprepararse y prepararse adecuadamente en el tratamiento de los contenidos relacionados con la asignatura que imparten, enfatizando en el trabajo con las habilidades intelectuales.

En esta educación cada profesor imparte su asignatura y garantiza su resultado en la calidad desde su práctica pedagógica con los estudiantes, generalmente los estudiantes son privilegiados, debido a que transitan con cada uno de sus profesores en sus distintos grados y asignaturas. El objetivo del artículo es argumentar las ventajas del uso de las habilidades intelectuales en la asignatura de biología por los profesores del Instituto Preuniversitario "Sergio González" desde la enseñanza como parte esencial de su práctica pedagógica.

DESARROLLO

MATERIAL Y MÉTODOS

El acercamiento a la temática y su realidad se realiza desde una perspectiva dialéctico materialista y con enfoque cualitativo. Se apropia de las potencialidades de los métodos de investigación: sistematización y revisión documental en la revisión de tesis y artículos de investigadores de la comunidad científica e identificar aquellos que evidencia el uso de las habilidades intelectuales en la asignatura de biología como herramienta fundamental para el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje desde la práctica pedagógica.

LA PREPARACIÓN DE LOS PROFESORES DE BIOLOGÍA DEL PREUNIVERSITARIO SERGIO GONZÁLEZ

En contexto mundial requiere una formación continua coherente con las exigencias de sus etapas, en cuya interrelación se asegura la actualización, el progreso y el avance en la actividad



profesional del profesor. Así se desarrollan actitudes, conceptos, conocimientos, reglas, destrezas que implican mejoras en el desempeño del egresado del preuniversitario, hacia su transitado a la educación superior.³

En consecuencia en el año 2010 por necesidades económicas graves en el país, el Ministerio de Educación decide la transformación de la educación preuniversitaria en cuanto a su modelo educativo, sustituyendo los institutos preuniversitarios en el campo por los institutos preuniversitarios urbanos, manteniéndose como prioridad el principio martiano la vinculación del estudio con el trabajo, otro aspecto importante del modelo es el trabajo con los diferentes programas de la Revolución, y la combinación del carácter diferenciador e integrador de las asignaturas, las cuales se distribuyen por áreas del conocimiento, otro cambio es la implementación del trabajo metodológico, que tiene como novedad, las 8 horas de preparación metodológica del profesor dentro del horario docente, encargado de trabajar los objetivos, contenidos, los métodos y formas organizativas de las asignaturas de cada área del conocimiento pero en sus concepciones todas conducen al mismo propósito los cuales contribuyen al desarrollo integral del futuro hombre, elevando la preparación y las exigencias de este tiempo.

El Sistema Nacional de Educación garantiza en todos los niveles que la superación y preparación del profesor en la dirección del proceso de enseñanza-aprendizaje posea la calidad requerida. Por esta razón, el trabajo metodológico se traza nuevos retos, fundamentado en las exigencias que cumple la superación constante y permanente del profesor, cuyo eslabón esencial es mantener niveles de desarrollo cualitativamente superior en la enseñanza, como una alternativa que permita la transformación del modo de actuación del individuo.⁴

En tal sentido la educación preuniversitaria en la asignatura de Biología en cada nivel, lo biológico, lo sanitario y lo ambientalista, constituyen aspectos íntimamente relacionados con el desarrollo de las habilidades intelectuales, debido a que la asimilación de estos, promueven acciones sistemáticas que el estudiante realiza como parte de la vida cotidiana.

Sin embargo en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la asignatura de biología, la preparación que posee el profesor, en cuanto a la planificación de actividades que propician la relación de los contenidos con el tratamiento de cada una de las habilidades, específicamente las habilidades intelectuales, es una herramienta fundamental para garantizar la calidad de este proceso, involucra de manera activa la utilización del razonamiento lógico y el pensamiento crítico en la búsqueda de conocimiento y el logro de mejores resultados cualitativos y cuantitativos de la calidad del aprendizaje de los estudiantes en la asignatura de Biología desde la práctica.

En concordancia con la Agenda 2030 que expresa: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad (...) que refleje la consecución de una educación de calidad, base para mejorar la vida de las personas y el desarrollo sostenible. (2015, p. 15-16).⁵

A criterio de la autora, se coincide en entender, en este nivel de educación que lo mencionado anteriormente se basa en la preparación y autopreparación por parte del profesor y la utilización del trabajo metodológico como puente para fomentar el empleo de textos y demás medios tecnológicos que sirven de soporte a la enseñanza; exige el esfuerzo del especialista, de cada disciplina para ofrecer mayor información tanto a los maestros como a los estudiantes, bajo las perspectivas de este nuevo enfoque para la dirección y conducción del proceso de enseñanza – aprendizaje de la Ciencias Naturales.

VENTAJAS DEL USO DE LAS HABILIDADES INTELECTUALES EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA BIOLOGÍA



El enfoque general de la educación consiste en transmitirle a las nuevas generaciones los elementos principales de la experiencia histórica social de la cultura de la humanidad. Estos elementos son el reflejo del sistema de conocimientos que sobre la naturaleza y la sociedad el individuo ha manifestado en el transcurso de su vida, los cuales expresan el contenido de la enseñanza, en cuales quiera que sea la rama de que se trate, donde el profesor es el protagonista fundamental.

En tal sentido proceso de enseñanza-aprendizaje, en cualquier materia que se considere está condicionado por las exigencias de la sociedad en que se desarrolla, de ahí parte su carácter clasista, por lo que hoy, las instancias escolares relacionadas con este tema se preocupan, por la búsqueda de novedosas vías que permitan la comprensión de la importancia de las ciencias, en los programas de las asignaturas específicamente en Biología.

En consecuencia el trabajo metodológico en el proceso de enseñanza-aprendizaje en el preuniversitario, tiene entre sus máximas aspiraciones la transformación de la escuela, remodelación de sus fundamentos, y el fortalecimiento de la misión instructiva y formativa correspondiente al profesor desde su práctica pedagógica.

Por otra parte la transformación de la naturaleza y la sociedad en el decursar del tiempo está asociada a la interpretación que obtiene el individuo en el proceso de enseñanza-aprendizaje. El logro de esta interpretación se desarrolla mediante las habilidades adquiridas sistemáticamente. La subjetividad del mundo es muy importante en el plano pedagógico, y constituye el punto de partida para nuestra concepción de que durante el proceso de asimilación de conocimientos y desarrollo de habilidades, el alumno debe realizar un conjunto de acciones planificadas por el profesor y dirigidas hacia un determinado objetivo y no permanecer como un receptor pasivo de lo que se expone.

Por tal motivo las habilidades intelectuales son componente esencial en el proceso de asimilación de los conocimientos, contribuir a su desarrollo por los profesores del preuniversitario, es determinante para lograr la motivación de los estudiantes en correspondencia con el desarrollo vertiginoso que ocurre en la actualidad en todas las áreas de las ciencias

La autora en consonancia con lo anterior el uso de las habilidades intelectuales en el proceso de enseñanza-aprendizaje permite la posibilidad de aplicar conocimientos para poder valorar y analizar diferentes situaciones desconocidas, pueden manifestar el grado de apropiación de los conocimientos.

Lo fundamental debe ser que el estudiante logre desarrollar habilidades que le permitan adquirir de manera independiente el conocimiento que después requerirá en su vida profesional. Así, el estudiante dominará y sistematizará acciones y operaciones, de manera tal, que sea capaz de realizar su propio aprendizaje. Refiriéndose a la importancia de las habilidades en la sociedad actual, la Declaración Mundial sobre Educación Superior en el siglo XXI de la UNESCO plantea: "No se sabe qué tendrá más valor en el futuro, si el conocimiento o las habilidades, y de ahí la necesidad de crear una amplia base de conocimientos y habilidades que facilite y haga más atractivo el querer continuar aprendiendo a lo largo de toda la vida." (Unesco, 1998, p. 41) ⁶

Muchas de las habilidades que precisan los investigadores de hoy en día para desenvolverse en un mundo globalizado y en constante cambio, gracias al desarrollo de la Ciencia y la Técnica, se comienzan a gestar desde los primeros años de la educación preescolar y básica,

Según Salazar et al. (2019), una de las grandes deficiencias que presentan los alumnos es el bajo nivel de desarrollo de las habilidades intelectuales.⁷

La autora está de acuerdo con el investigador, en la actualidad el uso de las habilidades intelectuales es insuficiente por lo complejo de su uso en el proceso de enseñanza-aprendizaje de las ciencias naturales no existe una suficiente integración interdisciplinaria para su implementación y desenvolvimiento, cada disciplina desde sus currículos aborda las habilidades inherentes a sus



materias; y no se explicitan en los currículos las metodologías para su desarrollo, solo de aquellas específicas de las asignaturas. Por tal motivo se hace necesario el trabajo metodológico en el tratamiento de las habilidades intelectuales en la práctica pedagógica.

En este orden de ideas, Turner y Chávez (1989) expresaron que «en la práctica escolar ha existido la supremacía incondicional del volumen de conocimientos sobre el desarrollo de capacidades mentales» (p. 12).⁸

Para Agulló et al. (2017), las habilidades intelectuales generales están indisolublemente ligadas a la asimilación de los conocimientos como apoyo y sustento, a la vez que en ese mismo proceso de asimilación se desarrollan y perfeccionan.⁹

La autora está de acuerdo con lo planteado anteriormente, el profesor se prepara en la aplicación de las habilidades intelectuales en el alumno para el desarrollo de un pensamiento independiente y en el fomento de habilidades para su preparación hacia su futura vida profesional

CONCLUSIONES

Las ventajas que ofrece el uso de las habilidades intelectuales por los profesores de Biología en el Instituto Preuniversitario "Sergio González" resultó ser una experiencia favorable desde su práctica pedagógica en el proceso enseñanza-aprendizaje mediante el trabajo metodológico de manera efectiva facilita la apropiación independiente del conocimiento, propicia la motivación y el aprendizaje permite conocer sus necesidades para la toma de alternativas que incidan positivamente en el proceso formativo del estudiante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez de Zayas, Carlos M. "Hacia una escuela de excelencia". Editorial Academia, La Habana, 1996.
2. PCC (2021). Conceptualización del modelo Económico y social Cubano de Desarrollo Socialista. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el periodo 2021-2026. Comité Central del Partido Comunista de Cuba.
3. "La formación investigativa del futuro profesional de la educación: una propuesta metodológica interdisciplinaria". En: Informe de resultados del Proyecto de investigación Modelo para el diseño de las relaciones interdisciplinarias en la formación de profesionales de perfil amplio. Cátedra de Didáctica, I.S.P. Enrique José Varona, Ciudad de La Habana, 2001.
4. MES (2019). Reglamento de la Educación de postgrado de la República de Cuba. Dirección de Educación de posgrado. <https://cuba.vlex.com/vid/resolucion-no-140-19-810750577>
5. Agenda 2030. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe, en el objetivo de desarrollo sostenible 4 (ODS 4) [Citado 6/8/22]. Recuperado en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/> p. 15-16).
6. UNESCO. (1998). Declaración Mundial sobre Educación Superior en el siglo XXI: visión y acción. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior (p.41). Acceso: 23/04/2019. Disponible en: http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm
7. Salazar, O., Llaja, C., Macassi, L. y Rojas, O. (2019). Desarrollo de habilidades investigativas en estudiantes de enfermería: Nuevos retos en el contexto formativo. Investigación Valdizana, 13(2), 107-112. <https://doi.org/10.33554/riv.13.2.236>
8. Turner, L. y Chávez, J. (1989). Se aprende a aprender. Ciudad de La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.



9.- Agulló, G., Meroño, C. y Bueno, Á. (2017). Educación emocional en la universidad: propuesta de actividades para el desarrollo de habilidades sociales y personales. *Vivat Academia*, (139), 1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.15178/va.2017.139.1-17>.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

EXPERIENCIAS EN EL USO DE LAS HABILIDADES INTELECTUALES POR LOS PROFESORES DEL INSTITUTO PREUNIVERSITARIO SERGIO GONZÁLEZ

Lic. Yaneika Tamara Salazar Morales
DrC. Yenia Salazar Morales

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Argumentar las experiencias del uso de las habilidades intelectuales en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la asignatura de Biología por los profesores del Instituto Preuniversitario "Sergio González" del municipio Centro Habana.

REVISIÓN/ REVIEW

INTRODUCCIÓN

La educación cuyo recurso es la búsqueda de alternativas teóricas y metodológicas permite la transformación de las potencialidades del aprendizaje del individuo, asumiendo como punto de partida el compromiso social de su realidad. En Cuba la escuela protagoniza una profunda revolución educacional con la implementación de numerosos programas que están encaminados al aseguramiento del aprendizaje con calidad. En el Instituto Preuniversitario "Sergio González" del municipio de Centro Habana los estudiantes están motivados por la asignatura de biología desde el proceso enseñanza-aprendizaje, esto es posible a través de los profesores porque se preparan en la orientación hacia el algoritmo de trabajo mediante el uso de las habilidades intelectuales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se apropió de las potencialidades de los métodos de investigación: sistematización y revisión documental en la revisión de tesis y artículos de investigadores de la comunidad científica e identificar aquellos que evidencian las ventajas que ofrece el uso de las habilidades intelectuales en la asignatura de biología como herramienta fundamental para el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje desde la práctica pedagógica.

LA PREPARACIÓN DE LOS PROFESORES DE BIOLOGÍA DEL PREUNIVERSITARIO SERGIO GONZÁLEZ

El contexto mundial requiere una formación continua coherente con las exigencias de sus etapas, en cuya interrelación se asegura la actualización, el progreso y el avance en la actividad profesional del profesor. Se desarrollan actitudes, conceptos, conocimientos, reglas, destrezas que implican mejoras en el desempeño del egresado del preuniversitario, hacia su tránsito a la educación superior.³

El uso de las habilidades intelectuales, es una herramienta fundamental para garantizar la calidad de este proceso, involucra de manera activa la utilización del razonamiento lógico y el pensamiento crítico en la búsqueda de conocimiento y el logro de mejores resultados cualitativos y cuantitativos de la calidad del aprendizaje de los estudiantes en la asignatura de Biología en el Instituto Preuniversitario "Sergio González" desde la práctica.

En este nivel de educación se basa en la preparación y autopreparación del profesor y la utilización del trabajo metodológico como puente para fomentar el empleo de textos y demás medios tecnológicos que sirven de soporte a la enseñanza; exige del esfuerzo del especialista, de cada disciplina para ofrecer mayor información tanto a los maestros como a los estudiantes, bajo las perspectivas de este nuevo enfoque para la dirección y conducción del proceso de enseñanza – aprendizaje de la Ciencias Naturales.

USO DE LAS HABILIDADES INTELECTUALES EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA BIOLOGÍA

En el proceso de enseñanza-aprendizaje en el preuniversitario, tiene entre sus máximas aspiraciones la transformación de la escuela, remodelación de sus fundamentos, y el fortalecimiento de la misión instructiva y formativa correspondiente al profesor desde su práctica pedagógica.

Las habilidades intelectuales son componente esencial en el proceso de asimilación de los conocimientos, su desarrollo por los profesores del preuniversitario, es determinante para el logro de la motivación de los estudiantes en correspondencia con el desarrollo vertiginoso que ocurre en la actualidad en todas las áreas de las ciencias permite aplicar conocimientos para poder valorar y analizar diferentes situaciones desconocidas, pueden manifestar el grado de apropiación de los conocimientos permite adquirir de manera independiente el conocimiento que después requerirá en su vida profesional, dominará y sistematizará acciones y operaciones, de manera tal, que sea capaz de realizar su propio aprendizaje.

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

El uso de las habilidades intelectuales por los profesores en la asignatura de Biología en el Instituto Preuniversitario "Sergio González" resultó ser una experiencia favorable desde su práctica pedagógica en el proceso enseñanza-aprendizaje mediante el trabajo metodológico de manera efectiva facilita la apropiación independiente del conocimiento, propicia la motivación y el aprendizaje permite conocer sus necesidades para la toma de alternativas que inciden positivamente en el proceso formativo del estudiante.

REFERENCIAS/ REFERENCES

1. Álvarez de Zayas, Carlos M. "Hacia una escuela de excelencia". Editorial Academia, La Habana, 1996.
2. PCC (2021). Conceptualización del modelo Económico y social Cubano de Desarrollo Socialista. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2021-2026. Comité Central del Partido Comunista de Cuba.
3. "La formación investigativa del futuro profesional de la educación: una propuesta metodológica interdisciplinaria". En: Informe de resultados del Proyecto de investigación Modelo para el diseño de las relaciones interdisciplinarias en la formación de profesionales de perfil amplio. Cátedra de Didáctica, I.S.P. Enrique José Varona, Ciudad de La Habana, 2001.
4. MES (2019). Reglamento de la Educación de postgrado de la República de Cuba. Dirección de Educación de postgrado. <https://cuba.vlex.com/vid/resolucion-no-140-19-810750577>
5. Agenda 2030. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe, en el objetivo de desarrollo sostenible 4 (ODS 4) [Citado 6/8/22]. Recuperado en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/> p. 15-16).
6. UNESCO. (1998). Declaración Mundial sobre Educación Superior en el siglo XXI: visión y acción. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior (p.41). Acceso: 23/04/2019. Disponible en: http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm
7. Salazar, O., Lljaja, C., Macassi, L. y Rojas, O. (2019). Desarrollo de habilidades investigativas en estudiantes de enfermería: Nuevos retos en el contexto formativo. Investigación Valdizana, 13(2), 107-112. <https://doi.org/10.33554/riv.13.2.236>
8. Turner, L. y Chávez, J. (1989). Se aprende a aprender. Ciudad de La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
9. Agulló, G., Meroño, C. y Bueno, Á. (2017). Educación emocional en la universidad: propuesta de actividades para el desarrollo de habilidades sociales y personales. *Vivat Academia*, (139), 1-17. <https://doi.org/10.15178/va.2017.139.1-17>.





Resumen:

Enquadramento

O ser humano comunica através de relações e de afetos durante todo o seu ciclo de vida, estando a sexualidade sempre presente, expressa através de “pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis/funções e relacionamentos.” (DGS, 2017, p.91).

A Escola é promotora de diferentes contextos de interação, através das brincadeiras, do estudo, e até dos namoros, em que os alunos descobrem a experiência da sua sexualidade, marcada nas conversas, nos jogos, nas discussões, e também nos conhecimentos científicos. De fato a “educação para a sexualidade para ter os resultados desejáveis terá de dirigir-se à escola como um todo, penetrar em todos os seus ambientes, envolver todos os seus membros, aproveitar todos os momentos para, através de acontecimentos emocionais estruturados, construir modelos que promovam os valores e os direitos sexuais, sobre os quais os jovens possam desenvolver a sua própria identidade e o respeito para com os outros” (DGS, 2017, p.73).

As crianças/jovens passam grande parte do seu dia na escola, pelo que os docentes são atores principais na orientação e no apoio, com impacto no aumento da literacia em saúde através da tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências (DL nº 60/2009).

Neste contexto, o Diário da República, 1.ª série nº 151 de 6 de Agosto de 2009 (DL nº 60/2009), estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, regulamentada pela Portaria nº 196-A/2010 de 9 de Abril, definindo a educação sexual nos estabelecimentos de ensino e determinando as respetivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino.

Em sinergia, a Saúde Escolar (SE) intervém no processo de capacitação na escola, com objetivo de contribuir para elevar o nível de literacia em saúde, incentivar a diversidade das práticas e envolver toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum, enquadrado nos objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015).

Mediante este enquadramento, e coadjuvando a janela de oportunidade que os docentes têm para intervir em torno da temática dos afetos e sexualidade dos seus alunos, a equipa de SE da UCC Oriente considerou pertinente a disponibilização de uma ação de formação de longa duração, no sentido de contribuir para a capacitação e atualização destes profissionais nas orientações/conceitos mais recentes na área.



Objetivo

Promover a literacia sobre educação sexual dos docentes do parque escolar da UCC Oriente da ULSSJ.

Metodologia:

Trabalho de projeto, constituída por 6 etapas: definição do problema, diagnóstico da situação, definição dos objetivos e planeamento das atividades, execução, avaliação e divulgação dos resultados obtidos com a comunidade educativa.

Para a execução, foi estabelecida parceria com o Centro de Formação de Escolas da área de abrangência, para proporcionar uma formação acreditada para os docentes.

O curso teve a duração de 12h, distribuídas por 3 sessões síncronas *online*, em 3 quartas feiras consecutivas, durante o mês de fevereiro.

Os conteúdos programáticos abordados nas sessões estão apresentados no quadro seguinte:

Temas	Conteúdos
Valores e Relações afetivas	<ul style="list-style-type: none">• Respeito por si e pelo outro, justiça, equidade, verdade, cidadania• Aceitação das diferenças e a igualdade de direitos e oportunidades em sociedade• Emoções, paixões, sentimentos• Atitudes• Capacidade de interação e de aceitar o outro na relação interpessoal• Tolerância• Compromisso• A importância dos afetos no desenvolvimento individual
Desenvolvimento da sexualidade	<ul style="list-style-type: none">• Sentimentos, pensamentos e comportamentos durante o desenvolvimento da criança/Jovem• Valorização pessoal (Autoestima/Autoconfiança)• Estar apaixonado• Intimidade• Atividade sexual• Relação consentida• Singularidades da Criança/Jovem com NSE
Diversidade de Identidade e Género	<ul style="list-style-type: none">• Boneco de gengibre (Identidade de género, Expressão de género, Orientação sexual, Igualdade de género)• LGBTI• Estratégias de atuação perante casos de bullying motivado por género diverso.• Recursos na comunidade: Orientação para grupos de suporte
Sexualidade Responsável e Informada	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer a situação dos direitos sexuais e reprodutivos em Portugal e no Mundo (maternidade e paternidade livres, conscientes e responsáveis);• Panorama das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e gravidez na adolescência.• Serviços e recursos, em matéria de saúde sexual e reprodutiva, disponíveis na comunidade:<ul style="list-style-type: none">❖ SNS: Cuidados e Proteção da Saúde<ul style="list-style-type: none">• Recursos disponíveis em Lisboa: DST/IST e Gravidez/IVG



No final do curso os docentes elaboraram um trabalho individual onde tinham de descrever como atuariam perante uma das situações colocadas, tendo em conta a faixa etária do aluno e os temas abordados.

Foi realizada análise de conteúdo com recurso a grelha de avaliação.

Foi também aplicado um questionário de satisfação.

Procedimentos técnicos e éticos

O curso obedeceu aos processos de acreditação do Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua (CCPFC) da Universidade do Minho, e foi desenvolvida em parceria com o Centro de Formação de Escolas António Sérgio (CFEAS), válido para a progressão na carreira docente.

Acrescenta-se ainda procedimentos éticos, onde se escreve que foram cumpridos os procedimentos de anonimato e confidencialidade no tratamento dos dados e divulgação dos resultados.

Resultados

Os formandos distribuem-se equitativamente entre os 31 e 65 anos.

77% dos formandos são professores, 17% professores de educação especial e 6% são educadores de infância. 6% respondeu trabalhar com pré-escolar, 31% com 1ºciclo, 17% com 2ºciclo, 34% com 3ºciclo e 11% com secundário, sendo que 66% trabalham com crianças com Necessidade de Saúde Especiais (NSE).

Do total de docentes que finalizou o curso, 81,4% obteve uma classificação compatível com aproveitamento dos parâmetros em análise. Relativamente à satisfação, 94% os formandos ficaram bastante satisfeitos.

Conclusões

A equipa de SE recebeu retornos muito positivos por parte dos formandos, realçando a importância do tema, incentivando a existência de novas edições, o que valida que “profissionais bem treinados, motivados e apoiados, desempenham um papel fundamental na prestação de uma Educação Integral da Sexualidade de excelência (...)” (UNESCO, 2019, citado por PRESSE, s.d.).

Prevê-se para o futuro, a manutenção da disponibilização deste curso à comunidade educativa da área de abrangência da UCC Oriente, com as respetivas adaptações que surjam do diagnóstico de situação.



Bibliografia

DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa. Disponível em https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf.

DGS (2016). Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar. Lisboa: DGS Disponível em http://aesgueira.edu.pt/attachments/article/47/826_DGS_Manual_Sa%C3%BAdede_Mental_em_Sa%C3%BAde_Escolar.pdf.

DGS (2017) - Referencial para a Educação para a Saúde. Disponível em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf.

DGS (s.d.) Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Disponível em https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf.

Diário da República (2009). 1.ª série N.º 151 de 6 de Agosto de 2009 - DL nº 60/2009. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/60-2009-494016>.

PRESSE (s.d.) <https://www.presse.com.pt/formacao/>.

ARS Norte (s.d.) Guião PRESSE - Formação para Professores. Disponível em <http://www.presse.com.pt>.

Educação para os afetos e sexualidade: capacitação dos profissionais docentes

Catarina Isabel Oliveira Nunes Fernandes; Sara Horta Alves; Ana Marta de Jesus; Cristina Maria Ribeiro Joaquim.

catarina.fernandes3@ulssjose.min-saude.pt

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Promover a literacia sobre educação sexual dos docentes do parque escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Oriente da Unidade Local de Saúde de São José (ULSSJ), Lisboa.

REVISIÓN/ REVIEW

As crianças/jovens passam grande parte do seu dia na escola, pelo que os docentes são atores principais na orientação e no apoio, com impacto no aumento da literacia em saúde através da tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências (DL nº 60/2009).

De fato a “educação para a sexualidade para ter os resultados desejáveis terá de dirigir-se à escola como um todo, penetrar em todos os seus ambientes, envolver todos os seus membros, aproveitar todos os momentos para, através de acontecimentos emocionais estruturados, construir modelos que promovam os valores e os direitos sexuais, sobre os quais os jovens possam desenvolver a sua própria identidade e o respeito para com os outros” (DGS, 2017, p.73).

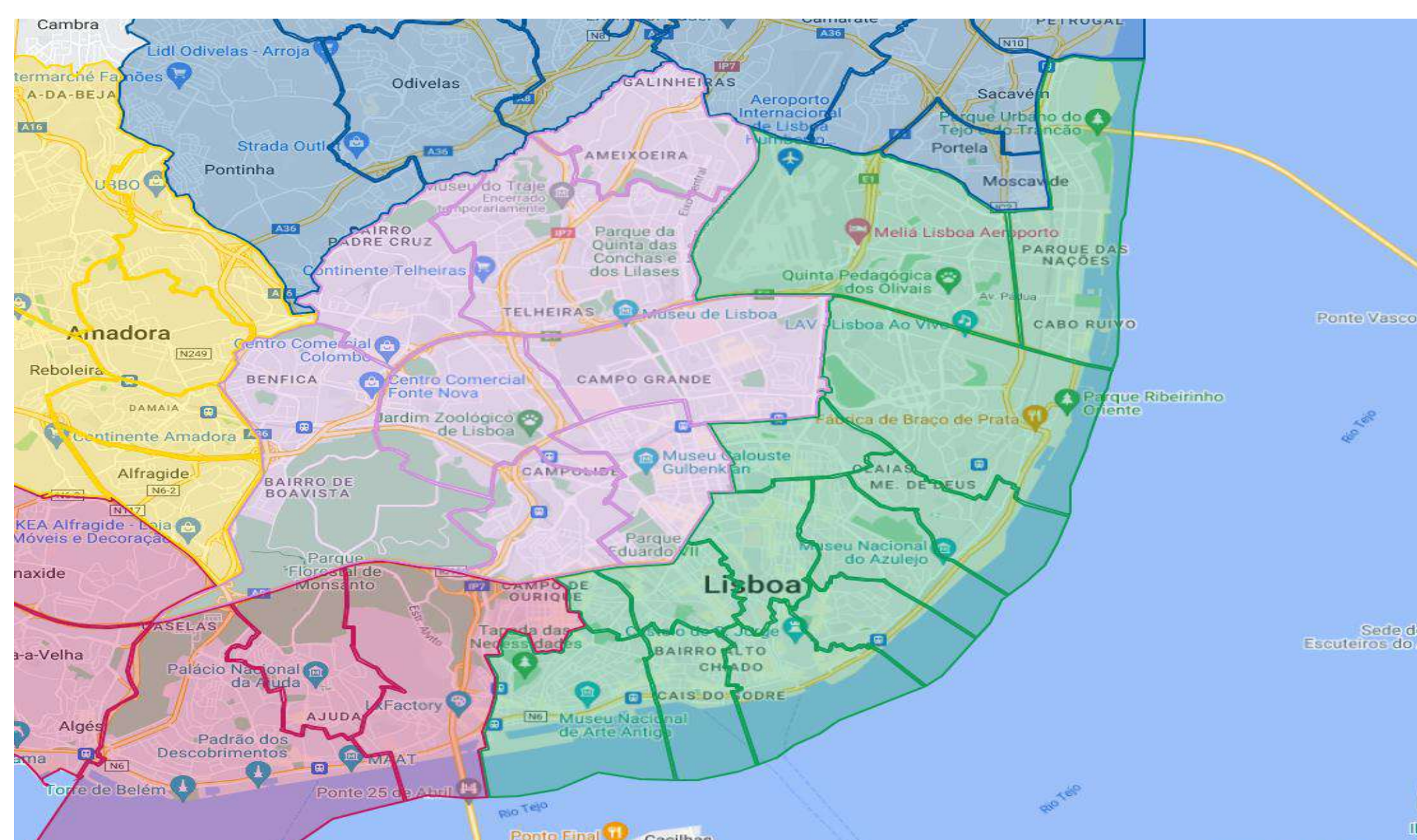
Neste contexto, o Diário da República, 1.ª série nº 151 de 6 de Agosto de 2009 (DL nº 60/2009), estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, regulamentada pela Portaria nº 196-A/2010 de 9 de Abril, definindo a educação sexual nos estabelecimentos de ensino e determinando as respetivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino.

Em sinergia, a Saúde Escolar (SE) intervém no processo de capacitação na escola, com objetivo de contribuir para elevar o nível de literacia em saúde, incentivar a diversidade das práticas e envolver toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum, enquadrado nos objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015).

Mediante este enquadramento, e coadjuvando a janela de oportunidade que os docentes têm para intervir em torno da temática dos afetos e sexualidade dos seus alunos, a equipa de SE da UCC Oriente considerou pertinente a disponibilização de uma ação de formação de longa duração, no sentido de contribuir para a capacitação e atualização destes profissionais nas orientações/conceitos mais recentes neste determinante de saúde.

Desenvolveu-se com recurso à metodologia de trabalho de projeto, em 6 etapas: definição do problema, diagnóstico da situação, definição dos objetivos e planeamento das atividades, execução, avaliação e divulgação dos resultados obtidos com a comunidade educativa. Concretizou-se numa ação de formação de longa duração, que teve a duração de 12h, distribuídas por 3 sessões síncronas online, em 3 quartas feiras consecutivas, durante o mês de fevereiro.

Estabeleceu-se parceria com Centro de Formação de Escolas da área, para proporcionar uma formação acreditada para os docentes, obedecendo aos processos de acreditação do Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua (CCPFC) da Universidade do Minho. Cumprindo-se procedimentos éticos, assegurando anonimato e confidencialidade no tratamento dos dados e divulgação dos resultados.

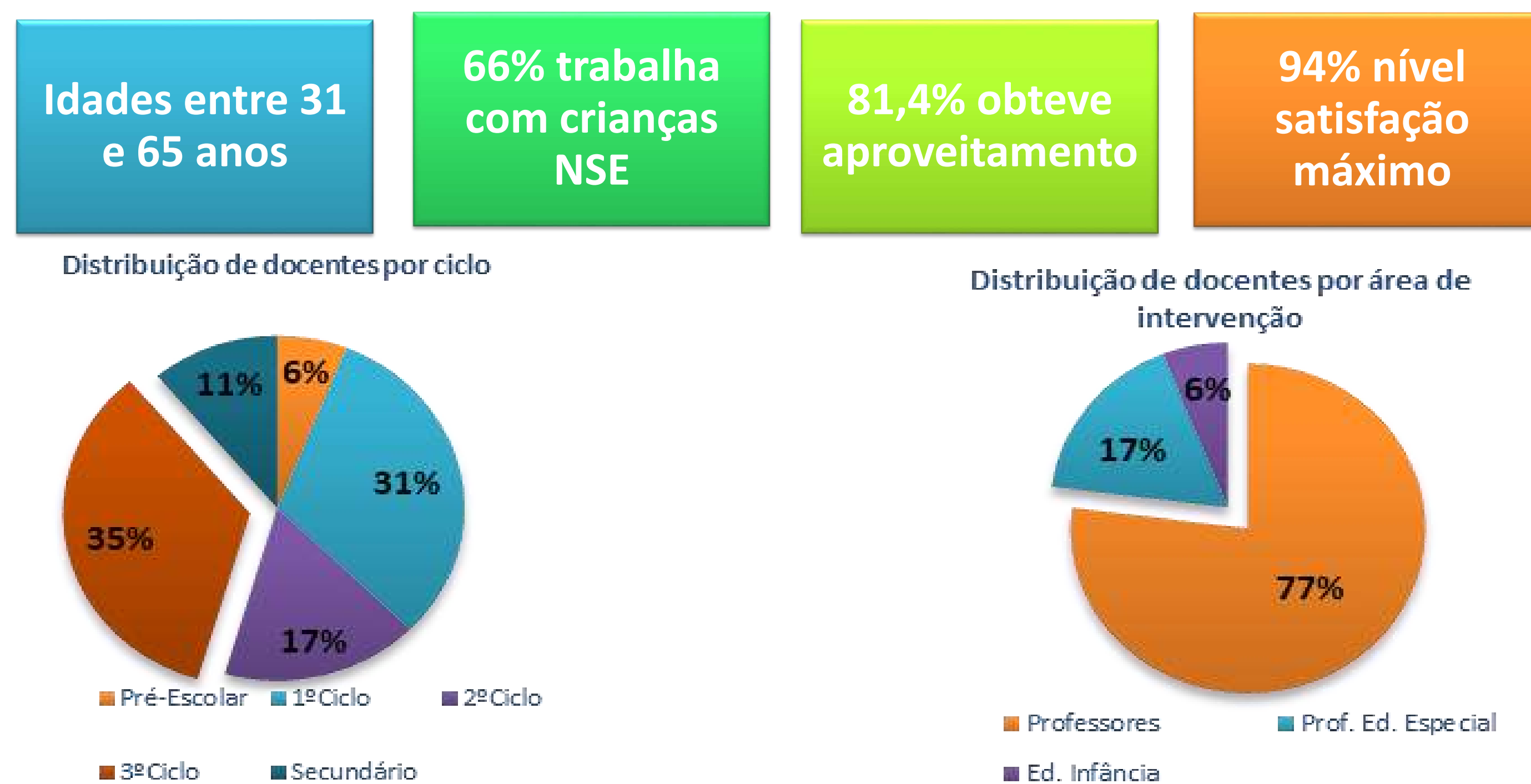


Área geográfica de abrangência da UCC Oriente:

Conteúdos da ação de formação de longa duração – capacitação dos docentes:

Valores e Relações afetivas	Desenvolvimento da sexualidade	Diversidade de Identidade e Género	Sexualidade Responsável e Informada
<ul style="list-style-type: none">Respeito por si e pelo outro, justiça, equidade, verdade, cidadaniaAceitação das diferenças e a igualdade de direitos e oportunidades em sociedadeEmoções, paixões, sentimentosAtitudesCapacidade de interação e de aceitar o outro na relação interpessoalTolerânciaCompromissoA importância dos afetos no desenvolvimento individual	<ul style="list-style-type: none">Sentimentos, pensamentos e comportamentos durante o desenvolvimento da criança/jovemValorização pessoal (Autoestima/Autoconfiança)Estar apaixonadoIntimidadeAtividade sexualRelação consentidaSingularidades da Criança/Jovem com Necessidades de Saúde Especiais	<ul style="list-style-type: none">Boneco de gengibre (Identidade de género, Expressão de género, Orientação sexual, Igualdade de género)LGBTIEstratégias de atuação perante casos de bullying motivado por género diverso.Recursos na comunidade: Orientação para grupos de suporte	<ul style="list-style-type: none">Conhecer a situação dos direitos sexuais e reprodutivos em Portugal e no Mundo (maternidade e paternidade livres, conscientes e responsáveis);Panorama das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e gravidez na adolescência.Serviços e recursos, em matéria de saúde sexual e reprodutiva, disponíveis na comunidade:SNS: Cuidados e Proteção da SaúdeRecursos disponíveis em Lisboa: DST/IST e Gravidez/IVG

Resultados obtidos através dos questionários de satisfação e trabalho final dos 27 docentes que participaram na ação de longa duração:



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

A equipa de SE recebeu retornos muito positivos por parte dos formandos, realçando a importância do tema, incentivando a existência de novas edições, o que valida que “profissionais bem treinados, motivados e apoiados, desempenham um papel fundamental na prestação de uma Educação Integral da Sexualidade de excelência (...)” (UNESCO, 2019, citado por PRESSE, s.d.). Prevê-se para o futuro, a manutenção da disponibilização deste curso à comunidade educativa da área de abrangência da UCC Oriente, da ULSSJ, Lisboa, com as respetivas adaptações que surjam do diagnóstico de situação.



REFERENCIAS/ REFERENCES



Perfiles de estilos educativos parentales y su conexión con la motivación hacia la actividad física

Marta Vega-Díaz¹; Higinio, González-García²; Carmen, de Labra³

¹Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Facultad de Educación, Logroño (La Rioja), España. marta.vega@unir.net

²Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Grupo de Investigación TECNODEF. Facultad de Educación, Logroño (La Rioja), España. higinio.gonzalez@unir.net

³NEUROcom, Centro de Investigaciones Científicas Avanzadas (CICA), Instituto de Investigaciones Biomédicas de A Coruña (INIBIC), Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de A Coruña, Galicia, España. c.labra@udc.es

Perfiles de estilos educativos parentales y su conexión con la motivación hacia la actividad física

Los padres influyen en el estilo de vida de sus hijos e hijas a través de los estilos educativos parentales. El objetivo del estudio fue identificar perfiles de estilos educativos parentales y examinar si los participantes difieren en su motivación hacia la actividad física. Una muestra de 296 participantes (*Medad* = 23, 26; *DT* = 3,19; 175 varones, 121 féminas) completaron el Cuestionario de Aceptación y Rechazo Parental y la Escala de Motivación hacia la Actividad Física con fines de Salud. Se llevó a cabo un análisis cuantitativo que consistió en un Análisis de Perfil Latente. Se han obtenido dos perfiles: perfil (a) con puntuaciones medias en cariño/afecto materno/paterno, hostilidad/agresión, altas en indiferencia/negligencia, y medias en rechazo/indiferenciado y control; perfil (b) con puntuaciones altas en cariño/afecto materno/paterno, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado, y medias en control. Los resultados revelaron diferencias significativas en regulación integrada y amotivación entre el perfil (a) y (b), obteniéndose las puntuaciones más altas en las variables mencionadas en el perfil (b). En conclusión, la combinación de variables de estilos educativos parentales en perfiles parece influir en la motivación hacia la actividad física de los jóvenes. Los padres deben ajustar su estilo educativo parental a la combinación más adecuada de variables que promueven la participación de sus hijos en la actividad física, ya que esto repercutirá positivamente en su salud física.

Palabras clave: estilo de vida activo, salud, análisis de perfil latente, familia

Perfiles de estilos educativos parentales y su conexión con la motivación hacia la actividad física

La actividad física (AF) ha demostrado sus efectos beneficiosos en la salud mental (Dionigi, 2007), la función cognitiva (Kramer et al., 2005), etc. Según estas evidencias, la Universidad Americana de Medicina del Deporte recomienda la realización de AF en adultos sanos. A pesar de la importancia de la AF en la salud física, la Organización Mundial de la Salud (2018) reconoce que el 60% de la población es sedentaria. Esta situación provoca que la inactividad física sea uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial.

Los padres constituyen el núcleo a partir del cual se originan las primeras experiencias deportivas de los hijos. Sus actitudes, respeto hacia la actividad física y especialmente, los estilos educativos parentales (EP), son variables que influyen en la AF de los descendientes. Los EP hacen referencia a las conductas educativas y clima motivacional que los padres comunican a sus hijos (Darling y Steinberg, 1993). En este estudio para examinar los EP se empleó la Teoría de Aceptación-Rechazo Parental (Rohner, 1986), al tratarse de una teoría de socialización mundialmente aceptada y que permite explicar retrospectivamente el comportamiento de los adultos en función de los EP percibidos durante la infancia (Rohner y Lansford, 2017).

La versión española de esta teoría incluye cinco dominios: cariño/afecto, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado y control (Del-Barrio et al., 2014). Los padres pueden brindar cariño/afecto por medio de comentarios positivos y gestos como abrazos y besos. La hostilidad/agresión está presente cuando los padres utilizan la violencia verbal o física. La indiferencia/negligencia supone que los padres no se involucran en el cuidado ni necesidades de sus hijos. El rechazo/indiferenciado se manifiesta por la ausencia de gestos cálidos y la privación de elogios. El control es el grado de supervisión que ejercen los padres sobre el comportamiento de sus hijos con el fin de conducirlos a comportamientos deseables.

Existe una conexión entre los EP y la motivación hacia la actividad física (Huffman et al., 2018). La motivación se conceptualiza como un factor interno y/o externo que permite iniciar y persistir en las conductas (Candela et al., 2014). En este trabajo, para examinar esta variable se siguió la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985) porque entiende la motivación como un constructo multidimensional y considera a los padres como los agentes contextuales principales que influyen sobre

esta. Según esta teoría existen diferentes formas de motivación: intrínseca (las conductas se llevan a cabo de forma autónoma), extrínseca (por presiones externas) y amotivación (falta de motivación) (Ryan y Deci, 2000). De las investigaciones previas se conoce que el cariño/afecto permite desarrollar motivación intrínseca (cuando las personas realizan una tarea por su propio placer) y extrínseca (cuando las personas llevan a cabo una acción impulsadas por el beneficio que les proporcionará en el futuro) (Isen y Reeve, 2005). Es decir, los hijos participarán en la AF porque disfrutan o porque consideran que es óptima a largo plazo. La hostilidad/agresión parental se externaliza mediante críticas cuando los hijos practican AF. Esta retroalimentación negativa debilita la motivación intrínseca (Deci y Cascio, 1972). Debido a esto, los hijos no perciben disfrute durante la AF, lo afecta negativamente a su compromiso con esta (Shannon et al., 2016). La indiferencia/negligencia se caracteriza por no satisfacer las necesidades básicas de los hijos, un requisito imprescindible para crear motivaciones con un alto grado de integración (Wilson et al., 2006). Como resultado, los hijos no desarrollan verdaderas motivaciones por regulación identificada e integrada. Las personas que no están motivadas por regulación identificada no atribuyen valor a la AF, aunque sea una actividad socialmente aceptada como saludable. Por otro lado, las personas que no han desarrollado regulación integrada no consideran la AF como parte de sus valores. Los padres que muestran rechazo/indiferenciado no exteriorizan señales afectivas a sus hijos, que son esenciales para crear motivaciones intrínsecas (Isen y Reeve, 2005), lo que impide que perciban disfrute y se comprometan con la AF (Shannon et al., 2016). Finalmente, el control parental coercitivo genera regulación externa o amotivación (Álvarez et al., 2021), relacionadas con la insatisfacción durante la AF (Sáez et al., 2021).

Estudios previos examinaron la AF con la motivación hacia la AF (Isen y Reeve, 2005; Wilson et al., 2006), pero en este estudio se avanza un paso más al identificar la combinación más funcional de variables de EP maternas y paternas que promueven comportamientos activos y saludables. Considerando que trabajos previos encontraron que el cariño/afecto aumenta la motivación intrínseca (Isen y Reeve, 2005), pero la hostilidad/agresión (Deci y Cascio, 1972), indiferencia/negligencia (Ryan, 1995), rechazo/indiferenciado (Isen y Reeve, 2005) y control (Álvarez et al., 2021) debilitan las motivaciones con alto grado de integración, la hipótesis de partida fue: los perfiles con puntuaciones altas en cariño/afecto y bajas en hostilidad/agresión,

indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado y control reportarán motivaciones con alto grado de integración. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue identificar perfiles de estilos educativos parentales y examinar si los participantes difieren en su motivación hacia la actividad física

Método

Participantes

La muestra del estudio estuvo compuesta por 296 universitarios (entre 18 y 30 años) que realizaban AF y que habían sido criados por ambos padres (*Medad* = 23,26; *DT* = 3,19; 175 hombres, 121 mujeres). Como criterio de exclusión, no se consideraron en el estudio a las personas de nacionalidad diferente a la española, menores de edad y mayores de 30 años y no practicantes de AF.

Instrumentos

Para evaluar los EP percibidos se utilizó la versión española (Del-Barrio et al., 2014) del Cuestionario de Aceptación-Rechazo-Parental (Child PARQ/Control) (Rohner, 2005). El Child PARQ/Control consta de 29 ítems que miden cariño/afecto, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado y control. Los hijos/as en edad adulta deben responder a las preguntas del Child PARQ/Control de manera retrospectiva para conocer su percepción sobre los EP materno y paterno. La consistencia interna medida por el alfa de Cronbach fue: cariño/afecto (madre, $\alpha = 0,90$; padre, $\alpha = 0,93$; ocho ítems, e.g., “Mi madre/padre me quiere y me necesita”), hostilidad/agresión (madre, $\alpha = 0,88$; padre, $\alpha = 0,91$; seis ítems, e.g., “Mi padre/madre se enfada conmigo y hiere mis sentimientos”), indiferencia/negligencia (madre, $\alpha = 0,63$; padre = 0,68; seis ítems, e.g., “Mi padre/madre me ignora”), rechazo/indiferenciado (madre, $\alpha = 0,87$; padre = 0,90; cuatro ítems, e.g., “Mi padre/madre no me quiere ”), y control (madre, $\alpha = 0,79$; padre = 0,80, cinco ítems, e.g., “Mi padre/madre quiere controlar todo lo que hago”). Los ítems se califican en una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 1 significa que casi nunca es cierto y 4 significa que casi siempre es cierto.

Para medir la motivación hacia la AF orientada hacia la salud se utilizó la versión en español (González-García et al., 2022) de la Escala de Motivación hacia la Actividad Física Orientada a la Salud (EMAPS) (Boiché et al., 2016). Esta incluye 30

ítems que miden: motivación intrínseca ($\alpha = 0,89$; cinco ítems; e.g., “Por el placer que siento cuando practico AF”), regulación integrada ($\alpha = .85$; cinco ítems; p. eg., “Porque la AF corresponde a muchos otros aspectos de mi vida”), regulación identificada ($\alpha = .86$; cinco ítems, p. eg., “Porque creo que la AF es buena para mi desarrollo personal”), regulación introyectada ($\alpha = .80$; cinco ítems, p. eg., “Porque me sentiría mal si no hiciera este esfuerzo”), regulación externa ($\alpha = .88$; cinco ítems, p. eg., “Como no tengo muchas opciones, me dicen que tengo que hacerlo”), y amotivación ($\alpha = .87$; 5 ítems, p. eg., “Realmente no lo sé; siento que pierdo el tiempo cuando hago AF”) que orientan a las personas hacia la práctica de AF en busca del bienestar. Las respuestas corresponden a una escala tipo Likert con un rango de 1 (no corresponde en absoluto) a 7 (corresponde muy fuertemente).

Análisis estadístico.

Se llevó a cabo un Análisis de Perfiles Latentes (APL) para identificar perfiles de EP percibidos por los adultos. Para ello, se utilizó el software Mplus (v. 7.3) (Muthén y Muthén, 2012). El APL se trata de un modelo estadístico que estipula que una variable que no es observable (en este caso, los EP) puede inferirse a través de un conjunto de indicadores (Muthén y Muthén, 2012). El primer paso de este análisis consiste en identificar el modelo que mejor se ajusta a los perfiles de EP. Con motivo de ello, se realizaron una serie de modelos de medida hasta conseguir llegar al que mejor se ajustaba (Martinent y Nicolas, 2017). Los modelos de medida del LPA se basan en una serie de pasos que comienzan con la especificación de un modelo de una clase. Seguidamente, se continúan añadiendo clases hasta el punto de que agregar una clase más no tendría sentido (Martinent y Nicolas, 2016).

Para asegurar que el modelo sigue buenos índices de ajuste, en el APL existen varios indicadores estadísticos: el valor de Logaritmo de verosimilitud (log-verosimilitud), el Criterio de Información de Akaike (AIC) (Akaike, 1987), el Criterio de Información Bayesiano (BIC) (Schwarz, 1978), el Criterio de Información Bayesiano Ajustado (ABIC) (Sclove, 1987), la entropía y la Prueba de Razón de Verosimilitud de Lo, Mendell y Rubin (LRT) (Lo et al., 2001). El modelo que contiene los valores más pequeños en AIC, BIC y ABIC y los valores más altos en el valor logarítmico de verosimilitud y la entropía indica el modelo que mejor se ajusta (Martinent y Nicolás, 2017). Finalmente, para examinar las diferencias de grupo en los perfiles de EP en la motivación hacia la AF orientada a la salud y la intención de

ser físicamente activo, se utilizó el método Bolck-Croon- Hagenaaars (BCH) (Bolck et al., 2004). Para poder seleccionar la solución de perfiles que mejor se ajustaba a la muestra, inicialmente se probó con un modelo de APL de una clase (con las variables de los EP: cariño/afecto, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado y control). Posteriormente, se probó un modelo de dos, tres, cuatro y cinco clases. Siempre se consideraron los valores de relación de log-verosimilitud, AIC, BIC, ABIC, entropía y LRT (Tabla 1). En la Tabla 1 se puede observar como para AIC, BIC y ABIC, las mayores caídas se registraron entre las clases uno y dos. Si se observa el valor de LRT, se puede comprobar que dos clases encajan mejor que una (mayor LRT). Respecto a la entropía, esta alcanza las puntuaciones más altas en el perfil 2 (0,97), un valor equitativo a lo reportado en los perfiles 4 y 5. En lo que concierne al p valor, este es más significativo en el del perfil 2 ($p = < 0,01$). Teniendo en cuenta estos índices, se seleccionó dos clases como el modelo más correcto.

Tabla 1. Índices de Ajuste para modelos de Análisis de Perfil Latente.

Nº de clases	1	2	3	4	5
Nº de parámetros libres	20	31	42	53	64
Log likelihood	-	-2660,40	-2521,77	-2364,67	-2307,62
AIC	6501,63	5382,81	5,127.55	4835,54	4704,24
BIC	6575,10	5496,68	5,281.83	5030,22	4978,33
ABIC	6511,68	5398,38	5,148.64	4862,15	4775,37
Entropía	-	0,97	0,95	0,97	0,97
LRT	-	1140,82	277,26	314,01	114,29
p -valor		0,00**	0,04*	0,15	0,04*

Nota: AIC = Criterio de Información de Akaike; BIC = Criterio de Información Bayesiano; ABIC = Criterio de Información Bayesiano Ajustado; LRT = Prueba de Razón de Verosimilitud de Lo, Mendell, y Rubin
En negrita se identifica el número de perfiles obtenido.

Una vez elegido el modelo que mejor se ajusta a la muestra de estudio, se procede a utilizar las puntuaciones de Child-PARQ/Control para diferenciar los perfiles de EP (Tabla 1). Estos fueron denominados como:

- Perfil (a): Participantes con puntuaciones medias en cariño/afecto, hostilidad/agresión, altas en indiferencia/negligencia, medias en rechazo/indiferenciado y control materno/paterno. Este perfil comprendía un total de 76 participantes ($n = 76$).
- Perfil (b): Participantes con puntuaciones altas en cariño/afecto, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado e intermedias en control materno/paterno. El perfil (b) comprendía a un total de 220 participantes ($n = 220$).

Tabla 2. Estimaciones de las puntuaciones latentes STAXI-2 y perfiles de estilos educativos parentales para el modelo LPA.

<i>Estimaciones de puntuaciones latentes de estilos educativos parentales</i>	(a) Participantes con puntuaciones medias en cariño/afecto materno/paterno, altas en hostilidad/agresión, en indiferencia/negligencia y medias en rechazo/indiferenciado y control ($n=76$)	(b) Participantes con puntuaciones altas en cariño/afecto materno/paterno, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado e intermedias en control ($n=220$)
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
Cariño/afecto materno	4,29 (0,29)	6,40 (0,44)
Hostilidad/agresión materna	4,71 (0,27)	6,22 (0,33)
Indiferencia/negligencia materna	5,78 (0,23)	5,60 (0,21)
Rechazo/indiferenciado materno	3,91 (0,30)	5,95 (0,47)
Control materno	2,85 (0,13)	3,06 (0,14)
Cariño/afecto paterno	5,88 (0,44)	10,23 (0,76)
Hostilidad/agresión paterna	4,39 (0,22)	6,37 (0,29)
Indiferencia/negligencia paterna	6,07 (0,29)	5,38 (0,23)
Rechazo/indiferenciado paterno	4,88 (0,38)	8,72 (0,61)
Control paterno	2,98 (0,16)	3,34 (0,19)

Una vez conocido cómo se combinan las distintas variables de EP dentro de los dos perfiles que definen a la muestra, se procede a observar la diferencia entre perfiles en la motivación hacia la actividad física orientada a la salud a través del método BCH, cuyos resultados aparecen expuestos en la Tabla 2. Concretamente, se aprecia que existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de EP y la motivación hacia la AF. Los resultados muestran que el perfil (b) Participantes con puntuaciones altas en cariño/afecto materno/paterno, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado y medias en control reportaron puntuaciones significativamente más elevadas con respecto al perfil (a) Participantes con puntuaciones medias en cariño/afecto materno/paterno, hostilidad/agresión, altas en indiferencia/negligencia y medias en rechazo/indiferenciado y control en la regulación integrada ($p < 0,05$) y en amotivación ($p < 0,01$).

Tabla 3: Diferencias entre los perfiles en la motivación hacia la actividad física utilizando el método de Bolck Croon y Hageaars (BCH)

	(a) Participantes con puntuaciones medias en cariño/afecto materno/paterno, altas en hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, y medias en rechazo/indiferenciado y control ($n=76$) <i>M (SD)</i>	(b) Participantes con puntuaciones altas en cariño/afecto materno/paterno, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado e intermedias en control ($n=220$) <i>M (SD)</i>	<i>overall l test</i>
Motivación intrínseca	5.20 (.25)	4.78 (.14)	.14
Regulación externa	4.72 (.24)	4.36 (.13)	.19
Regulación introyectada	4.53 (.18)	4.78 (.11)	.24
Regulación identificada	5.05 (.22)	5.11 (.13)	.82
Regulación integrada	4.19 (.17)	4.61 (.11)	.04*
Amotivación	3.78 (.17)	4.44 (.12)	.00 **

Note. [¥] $p \leq .07$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Discusión

El objetivo del estudio fue identificar perfiles de estilos educativos parentales y examinar si los participantes difieren en su motivación hacia la actividad física. En esta investigación se diferenciaron dos perfiles: (a) Participantes con puntuaciones medias en cariño/afecto materno/paterno, hostilidad/agresión, altas en indiferencia/negligencia y medias en rechazo/indiferenciado y control; y (b) Participantes con puntuaciones altas en cariño/afecto materno/paterno, hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia, rechazo/indiferenciado y medias en control.

Concretamente, se encontró que los participantes diferían en la motivación hacia la AF orientada a la salud (en la regulación integrada y la amotivación), reportando las puntuaciones más altas el perfil (b). A priori, el hallazgo de que los participantes del perfil (b) presentan puntuaciones altas tanto en regulación integrada como en amotivación puede parecer contradictorio. Una posible explicación para estos resultados es que un porcentaje de los participantes del perfil (b) están en mayor medida influenciados por el cariño/afecto y control materno/paterno (a pesar de percibir cierta hostilidad/agresión materna/paterna, indiferencia/negligencia y rechazo/indiferenciación), lo que conduce a que perciban motivación por regulación integrada (Huffman et al., 2018). Por otro lado, quizás en el otro porcentaje de integrantes del perfil (b) la acción positiva de cariño/afecto y control materno/paterno esté siendo contrarrestada por la combinación de hostilidad/agresión, indiferencia/negligencia y rechazo/indiferenciado materno/paterno, lo que conduce a los hijos/as a percibir alta amotivación (Deci y Cascio, 1972; Isen y Reeve, 2005; Ryan, 1995; Wilson et al., 2006).

Respecto a las implicaciones prácticas, este estudio es útil para identificar las variables de EP más adecuadas para promover estilos de vida activos. Dichas variables podrán evitar problemas de salud física a nivel social en las generaciones más jóvenes.

Referencias:

- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52(3), 317–332, <https://doi.org/10.1007/BF02294359>
- Álvarez, O., Torno-Barahona, L., Castillo, I., y Moreno-Murcia, J. A. (2021). Examining controlling styles of significant others and their implications for motivation, boredom and burnout in young swimmers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115828>
- Universidad Americana de Medicina del Deporte, C. Z., Proctor, D. N., Fiatarone S. M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., y Skinner, J. S. (2009). American college of sports medicine position stand. exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(7), 1510-1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95>
- Boiché, J., Gourlan, M. J., Trouilloud, D., y Sarrazin, P. G. (2016). Development and validation of the 'Echelle de Motivation envers l'Activité Physique en contexte de Santé' (EMAPS): A motivation scale toward health-oriented physical activity in French. *Journal of Health Psychology*, 24(3), 386-399. <https://doi.org/10.1177/1359105316676626>
- Bolck, A., Croon, M., y Hagenars, J. (2004). Estimating latent structure models with categorical variables: one-step versus three-step estimators. *Political Analysis*, 12, 3-27. <http://dx.doi.org/10.1093/pan/mp001>
- Candela, F., Zucchetti, G., y Villosio, C. (2014). Preliminary validation of the Italian version of the original sport motivation scale. *Journal of Human Sport & Exercise*, 9(1), 136-147. <https://doi.org/10.4100/jhse.2014.91.14>
- Chen, X., Liu, M., y Li, D. (2000). Parental warmth, control, and indulgence and their relations to adjustment in Chinese children: a longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 14(3), 401–419. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.3.401>

- Darling, N., y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.
- Deci, E. L., y Cascio, W.F. (1972). Changes in intrinsic motivation as a function of negative feedback and threats. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED063558.pdf>
- Del-Barrio, V., Ramírez-Uclés, I., Romero, C., y Carrasco, M. A. (2014). Adaptation of the Child-PARQ/Control Mother and Father versions in Spanish child and adolescent population. *Acción Psicológica*, 11(2), 27-46. <https://doi.org/10.5944/ap.11.2.14173>
- Dionigi, R. (2007). Resistance training and older adults' beliefs about psychological benefits: The importance of self-efficacy and social interaction. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 29(6), 723-746. <https://doi.org/10.1123/jsep.29.6.723>
- González-García, H., Vega-Díaz, M., y Martinent, G. (2022b). Validation of the motivation scale towards Health-Oriented physical activity (EMAPS) in Spanish Population. *Current Psychology*, 2, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03766-9>
- Huffman, L. E., Wilson, D. K., Van Horn, M. L., y Pate, R. (2018). Associations between parenting factors, motivation, and physical activity in overweight African American adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 52, 93-105. <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9919-8>
- Isen, M., y Reeve, J. (2005). The influence of positive affect on intrinsic and extrinsic motivation: facilitating enjoyment of play, responsible work behavior and self-control. *Motivation and Emotion*, 29(4), 295-323. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9019-8>

- Kramer, A. F., Colcombe, S. J., McAuley, E., Scalf, P. E., y Erickson, K. I. (2005). Fitness, aging and neurocognitive function. *Neurobiology of Aging, 1*, 124-127. [https://doi.org/S0197-4580\(05\)00274-5](https://doi.org/S0197-4580(05)00274-5)
- Lo, Y. T., Mendell, N. R., y Rubin, D. B. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika, 88*(3), 767-778. <https://doi.org/10.1093/biomet/88.3.767>
- Martinent, G., y Nicolas, M. (2016). A latent profile transition analysis of coping within competitive situations. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 5*(3), 218–231. <https://doi.org/10.1037/spy0000062>
- Martinent, G., y Nicolas, M. (2017). Athletes' affective profiles within competition situations: A two-wave study. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 6*(2), 643-657. <https://doi.org/10.1037/spy0000085>
- Muthén, L. K., y Muthén, B. (2012). *Mplus User's Guide*. Los Angeles, CA: Muthen & Muthen
- Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Sage Publications
- Rohner, R. P. (2005). *Parental acceptance-rejection questionnaire (PARQ): Manual test*. In RP Rohner and A. Khaleque. (4 ed). Rohner Research Publications.
- Rohner, R. P., y Lansford, J. E. (2017). Deep structure of the human affectional system: Introduction to interpersonal acceptance–rejection theory. *Journal of Family Theory & Review, 9*(4), 426–440.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: EMPLEO DE UN TRAJE DE SIMULACIÓN GERIÁTRICA COMO ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA EMPATÍA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA. ESTUDIO PRE-POST TEST.

Autor/es: Jesús Rodríguez-Molinero*, Esther Delgado-Somolinos, Blanca del Carmen Miguelañez-Medrán, Rosario Ramírez-Puerta, Inmaculada Corral-Liria, Raquel Jiménez-Fernández, Marta Elena Losa-Iglesias, Antonio F. López-Sánchez.

Centro de Trabajo: Departamento de Enfermería y Estomatología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

Mail de todos los autores: jesus.rodriguez.molinero@urjc.es, esther.delgado@urjc.es, blancac.miguelanez@urjc.es, rosario.ramirez@urjc.es, inmaculada.corral.liria@urjc.es, raquel.jimenez@urjc.es, marta.losa@urjc.es, antonio.lopez@urjc.es

Resumen:

Introducción:

El envejecimiento de la población resalta la importancia de establecer conexiones empáticas con las personas mayores. Para facilitar esto, se han desarrollado trajes de simulación de la edad que permiten a los usuarios experimentar las limitaciones físicas asociadas al envejecimiento. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la experiencia de estudiantes de odontología con estos dispositivos, utilizando herramientas psicométricas para medir el impacto en su comprensión y empatía.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio pre-post con la participación de 63 estudiantes de odontología de la Universidad Rey Juan Carlos, quienes se colocaron un traje de simulación de la edad y realizaron diversas tareas. Para la evaluación de parámetros específicos, se utilizaron herramientas psicométricas. La empatía fue medida con la Escala de Empatía de Jefferson, mientras que la inteligencia emocional fue evaluada a través de la Escala de Meta-Estado Emocional (TMMS-24). Asimismo, se analizaron las dimensiones de atención emocional con el Positive and Negative Affect Schedule (PANAS).

Resultados:

Las puntuaciones en la Escala de Empatía de Jefferson aumentaron significativamente de 88.44 ± 6.8 a 91.06 ± 10.11 tras usar el traje de simulación ($P < 0.026$). El análisis de correlación de Pearson no mostró una asociación significativa entre la edad y las puntuaciones de los tres cuestionarios, pero se observaron correlaciones positivas significativas en otros parámetros ($P < 0.0001$).



Conclusiones:

Las actividades de simulación de la edad resultan efectivas para mejorar la empatía entre los estudiantes de odontología. Sin embargo, se requieren más estudios para promover actitudes positivas hacia el envejecimiento y prevenir el desarrollo de estereotipos negativos.

EMPLEO DE UN TRAJE DE SIMULACIÓN GERIÁTRICA COMO ESTRATEGIA PARA AUMENTAR LA EMPATÍA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA. ESTUDIO PRE-POST TEST.

Jesús Rodríguez-Molinero*, Esther Delgado-Somolinos, Blanca del Carmen Miguelañez-Medrán, Rosario Ramírez-Puerta, Inmaculada Corral-Liria, Raquel Jiménez-Fernández, Marta Elena Losa-Iglesias, Antonio F. López-Sánchez.

Departamento de Enfermería y Estomatología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. *Correspondencia: jesus.rodriguez.molinero@urjc.es

OBJETIVOS/ OBJETIVES

El objetivo de este estudio consistió en realizar un análisis pre-post test para evaluar el impacto de una experiencia con un simulador geriátrico en los alumnos del grado de odontología, de cara a potenciar su uso en el ámbito de las prácticas pre-clínicas y así poder fomentar una visión más experiencial y empática del alumno hacia la población geriátrica.

MÉTODO/ METHOD

Se realizó estudio descriptivo transversal siguiendo las directrices STROBE. Se midieron la empatía, usando la Escala de Empatía de Jefferson, y la inteligencia emocional, con el TMMS-24 y los afectos PANAS. Participaron estudiantes del Grado de Odontología de tercer, cuarto y quinto año mayores de 18 años de la Universidad Rey Juan Carlos.

Se determinó una muestra de 35 participantes, reclutados mediante un muestreo consecutivo no aleatorizado.

Se evaluó la normalidad de las variables con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables paramétricas ($P > 0.05$) se analizaron con pruebas t pareadas, y las no paramétricas con la prueba de Wilcoxon. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student (paramétricas) y el test U de Mann-Whitney (no paramétricas). Se utilizó la correlación de Pearson para analizar relaciones entre variables cuantitativas.



RESULTADOS/ RESULTS

La muestra fue de 63 estudiantes de odontología (47 mujeres y 16 hombres) con una edad promedio de 22.6 años. Tras usar un simulador geriátrico, las puntuaciones en la Escala de Empatía de Jefferson aumentaron significativamente de 88.44 a 91.06 ($P < 0.026$), indicando una mejora notable en la empatía. En los hombres, la empatía subió de 86.76 a 93.53 ($P = 0.011$) y su afecto positivo también mejoró ($P < 0.05$). La dimensión negativa del PANAS disminuyó de 22.06 a 21.41 en general, lo que representa una reducción significativa del afecto negativo tras la intervención.

El análisis de correlación de Pearson reveló relaciones importantes entre algunas dimensiones de los cuestionarios. La claridad y la atención en el TMMS-24 mostraron una correlación positiva ($r = 0.335$, $P = 0.0007$), mientras que la dimensión de reparación del TMMS-24 tuvo una correlación fuerte tanto con la claridad ($r = 0.450$, $P < 0.001$) como con la dimensión positiva del PANAS ($r = 0.516$, $P < 0.0001$).

Diferencias de puntuación antes y después de la intervención en la población total.

NOMBRE Y DIMENSIÓN DE LA PRUEBA	Prueba previa Media \pm SD (IC del 95%)	Prueba posterior Media \pm SD (IC del 95%)	Valor de p
Escala de Empatía de Jefferson	88,44 \pm 6,80 (86.76-90.12)	91,06 \pm 10,11 (88.56-93.56)	0.026**
TMMS-24 Dimensión de Atención	29,53 \pm 6,45 (27.84-31.13)	30,44 \pm 9,55 (28.08-32.80)	0.200*
TMMS -24 Dimensión de claridad	28,95 \pm 5,98 (27.47-30.43)	28,17 \pm 6,44 (26.58-29.76)	0.079**
TMMS -24 Dimensión de reparación	29,44 \pm 6,18 (27.91-30.97)	29,23 \pm 5,85 (27.79-30.68)	0.336**
PANAS-20 Dimensión Positiva	37,71 \pm 6,05 (36.21-39.20)	37,58 \pm 7,01 (35.85-39.32)	0.424**
PANAS-20 Dimensión Negativa	22,06 \pm 8,18 (20.04-24.08)	21,41 \pm 9,18 (19.14-23.67)	0.190*

Puntuaciones de las diferencias entre sexos de tres cuestionarios antes y después de la intervención

DIMENSIÓN NOMBRE DE PRUEBA	MUJER (n=41)			HOMBRES (n=13)			Valor P	
	PRUEBA PREVIA Media \pm SD (IC del 95%)	POST-TEST Media \pm SD (IC del 95%)	Valor de p	PRUEBA PREVIA Media \pm SD (IC del 95%)	POST-TEST Media \pm SD (IC del 95%)	Valor de p	PRUEBA PREVIA Mujer Vs Hombre	POST-TEST Mujer Vs Hombre
Escala de Empatía de Jefferson	88,74 \pm 7,26 (86.66-90.82)	89,93 \pm 10,98 (86.79-93.07)	0.230**	87,56 \pm 5,30 (84.96-90.16)	94,37 \pm 6,11 (91.37-97.37)	<0,001**	0.276****	0.065****
TMMS-24: Dimensión de la Atención	30,14 \pm 5,89 (28.46-31.83)	31,46 \pm 10,06 (28.58-34.34)	0.172**	27,75 \pm 7,81 (23.92-31.57)	27,43 \pm 7,33 (23.84-31.02)	0.395***	0.101*	0.073*
TMMS -24: Dimensión de claridad	28,53 \pm 6,50 (26.67-30.39)	27,48 \pm 6,96 (25.49-29.48)	0.068**	30,18 \pm 4,03 (28.20-32.16)	30,18 \pm 4,10 (28.17-32.19)	0.500**	0.172****	0.075****
TMMS -24: Dimensión de reparación	29,40 \pm 6,36 (27.58-31.22)	28,89 \pm 6,00 (27.17-30.60)	0.198**	29,56 \pm 5,81 (26.71-32.41)	30,25 \pm 5,47 (27.56-32.93)	0.184**	0.465****	0.214****
PANAS-20: Dimensión Positiva	37,63 \pm 6,41 (35.80-39.47)	37,46 \pm 7,56 (35.30-39.62)	0.422**	37,93 \pm 5,02 (35.47-40.40)	37,93 \pm 5,29 (35.34-40.53)	0.500***	0.433****	0.410*
PANAS-20: Dimensión Negativa	21,25 \pm 7,23 (19.18-23.32)	21,06 \pm 9,49 (18.35-23.77)	0.418***	24,43 \pm 10,41 (19.33-28.54)	22,43 \pm 8,40 (18.31-26.55)	0.040**	0.091*	0.305*

Asociaciones o correlaciones entre cuestionarios y edad.

VARIABLES	Edad	Escala de Empatía de Jefferson	TMMS-24: Dimensión de la Atención	TMMS -24: Clarity Dimension	TMMS -24: Dimensión de reparación	PANAS-20: Dimensión Positiva	PANAS-20: Dimensión Negativa
r Pearson (valor de p)							
Edad	1						
Escala de Empatía de Jefferson	-0.037 (0.775)	1					
TMMS-24: Dimensión de la Atención	-0.214 (0.092)	-0.053 (0.678)	1				
TMMS -24: Dimensión de claridad	0.154 (0.228)	0.065 (0.614)	0.335 (0.007)	1			
TMMS -24: Dimensión de reparación	0.126 (0.324)	0.150 (0.240)	0.071 (0.582)	0.516 (<0.001)	1		
PANAS-20: Dimensión Positiva	0.223 (0.078)	0.235 (0.064)	0.171 (0.181)	0.450 (<0.001)	0.399 (<0.001)	1	
PANAS-20: Dimensión Negativa	-0.203 (0.111)	0.042 (0.745)	0.106 (0.407)	-0.078 (0.544)	-0.244 (0.054)	-0.019 (0.881)	1

Abreviaturas: M, media; DE: desviación estándar; * Los valores de P son de la prueba U de Mann-Whitney; ** Los valores de P son de la prueba t pareada; Los valores de P son de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon; Los valores de P provienen de la prueba t independiente; Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo con un IC del 95%.

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Las actividades con simuladores de envejecimiento, como el traje GERT, han demostrado ser herramientas efectivas para aumentar la empatía en estudiantes de odontología. Sin embargo, existe una carencia de estudios que aborden la empatía hacia los adultos mayores en este grupo de estudiantes. Por ello, es necesario realizar más investigaciones enfocadas en esta población con el fin de promover una actitud más comprensiva y positiva hacia el envejecimiento, y prevenir el desarrollo de estereotipos negativos hacia las personas mayores.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- East-Telling C, Kingston P, Taylor L, Emmerson L. Ageing simulation in health and social care education: A mixed methods systematic review. *J Adv Nurs* 2021 -01;77(1):23-46.
- Iglesias L, Elena M, Fernández J, R, Casado DP, B, et al. Geriatric simulation to increase empathy in nursing students: A pre-post-test study. *XXIX, N°4, 1-10 DE CLÍNICA PSICOLÓGICA Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2020; XXIX:1.
- Schmidt LI, Gerhardy TH, Carleton-Schweitzer L, Wahl H, Jekel K. "If this is what it means to be old...": a mixed methods study on the effects of age simulation on views on aging and perceptions of age-related impairments. *Eur J Ageing* 2023 Dec 6;20(1):47-8.
- Cheng L, Yang J, Li M, Wang W. Mediating effect of coping style between empathy and burnout among Chinese nurses working in medical and surgical wards. *Nurs Open* 2020 Aug 4;7(6):1936-1944.
- Perot JG, Belmin J. Aging-simulation experience among students and health professionals: a scoping review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2020 Sep 1;18(3):241-248.
- Vieweg J, Schaefer S. How an Age-simulation Suit affects Motor and Cognitive Performance and Self-perception in Younger Adults. *Experimental Aging Research* 2020 -05-23;46(4):273.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: PROTOCOLOS DIABÉTICOS Y COMAS HIPOGLUCÉMICOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Autor/es: Nicolás Miguel Montoya Rodríguez

Centro de Trabajo: Médico Escolar. EOE Jerez Fra

Mail de todos los autores: nicolasmiguelm@yahoo.es

Resumen:

Los docentes y los demás agentes que trabajan en el medio escolar son el primer contacto con el niño en una situación de descompensación en cuadros diabéticos de base. Es importante que tengan buenos conceptos sobre primeros auxilios, reconocimiento de la gravedad de la situación, actuar de manera protocolizada ante las descompensaciones y en concreto en el coma hipoglucémico, administrando el glucagón subcutáneo o el nasal y la capacidad para saber en qué momento pedir ayuda a emergencias sanitarias.

Objetivos:

Determinar, a lo largo de cuatro cursos escolares, la relación entre el número de protocolos en alumnado diabético y los casos de uso de medicación para revertir el coma hipoglucémico. La respuesta de los docentes y demás personal de los centros educativos, analizando la evolución inferencial en esos cursos escolares. Capacitar en praxis y competencias básicas en el manejo de la situación de coma hipoglucémico en el ámbito escolar.

Técnica e instrumentos:

Se incluyeron todos los centros de Primaria y Secundaria que tenían censado alumnado crónico con diabetes tipo I, y que tenían incluido algún protocolo de actuación en emergencia por coma hipoglucémico. Un total de 36 centros. Se hace estudio de casos transversal y correlacional para conocer el número de protocolos firmados y censados por curso escolar en los centros escolares –variable cuantitativa- y la evolución cuantitativa del número de comas hipoglucémicos constatados que debieron tener respuesta farmacológica-glucagón-. No se realiza estudio estadístico ni de edad, sexo o formación de la persona administradora del medicamento. Se hace estudio de medias, medianas y frecuencias, y además estudio de dispersión y de correlación entre variables, procesando los mismos en sistema de procesador datos de Excel. El criterio de confidencialidad se mantuvo en todo momento.

Diseño: Estudio multicéntrico longitudinal, descriptivo y observacional.

Lugar: Zona educativa Jerez de la Frontera, provincia de Cádiz.

Tiempo: Cursos escolares 2020/2021, 2021-2022, 2022-2023, y 2023-2024.

Criterios de inclusión: Todo centro escolar con alumnado diabético censado. Centros de Infantil, Primaria y Secundaria no universitarios.



Metodología: Recogida de datos, observación de casos, entrevistas y estudio estadístico.

Resultados: Existe una correlación lineal inversa significativa entre el número de protocolos diabéticos censados y el número de casos de coma hipoglucémicos constatados a lo largo de cuatro cursos escolares. Mientras el número de protocolos crecía exponencialmente, los casos de comas hipoglucémicos disminuían, de forma lineal decreciente. El estudio del diagrama de dispersión confirma que aparece una relación lineal inversa entre los valores de ambas variables, de manera que se confirma que dicha relación lineal es realmente suficiente para afirmar que existe correlación entre las variables, apareciendo una Covarianza- S_{xy} - con una relación directa y con un coeficiente de correlación de Pearson $-R_{xy}$ - que guarda el signo de covarianza con desviaciones típicas siempre positivas, con valores R_{xy} , entre 0,8-1, por lo que la relación lineal es alta. Del mismo modo, se puede predecir como seguirían las correlaciones en los siguientes cursos escolares, donde la recta de regresión lineal, nos confirma de manera significativa, y con el análisis de método de mínimos cuadrados, que cuantos más protocolos cuantitativamente se realicen, la cifra de casos de comas hipoglucémicos se acercará más a cero. Incluyendo desviaciones típicas positivas.

Los resultados, tal como se indica en la tabla 1, incluían que, en el primer curso estudiado, el número de protocolos censados alcanzó la cifra de veintiuno (x:21) y los episodios de comas hipoglucémicos subieron a tres casos (y:3), mientras en los siguientes cursos, respectivamente fueron de 33 protocolos, 2 comas, el segundo curso analizado; de 41 y 1 el tercero y sesenta y cinco protocolos el cuarto curso, por ningún caso de coma constatado.

CURSO ESCOLAR	Nº PROTOCOLOS	Nº COMAS HIPOGLUCEMICOS
2020/2021	21	3
2021/2022	33	2
2022/2023	41	1
2023/2024	65	0

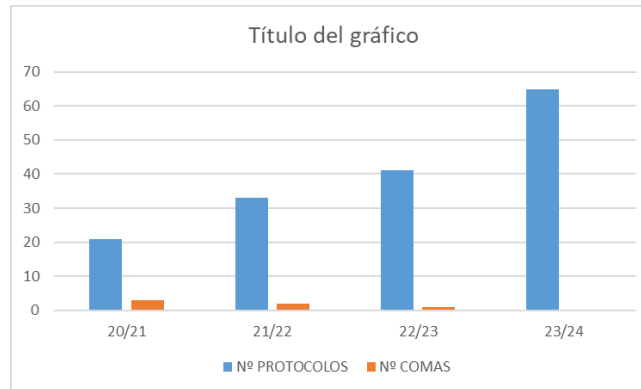
Tabla 1. Variables. x: nº protocolos diabéticos / y: nº comas hipoglucémicos

Conclusiones y discusión:

En una actuación preventiva y promotora de salud, como son los protocolos de actuación en alumnado crónico, se constata que el número de protocolos censados según el plan de salud de los centros escolares de la comarca de Jerez, de alumnado diabético, ha aumentado en cifras de dispersión crecientes y hay una correlación directa con la disminución de los casos de comas hipoglucémicos constatados, (gráfica 1), resultando que en el último curso escolar analizado, no se ha producido ninguno, con lo que se infiere que el valor preventivo de los protocolos para alumnado diabético es fundamental y que, junto a la formación en los centros de todos los agentes, alumnado, familias y personal se consigue que las actuaciones durante las descompensaciones glucémicas posibiliten que no se llegue a situaciones de coma hipoglucémico en dicho ámbito. Junto a las diferentes sesiones y talleres, se han derivado actuaciones preventivas con alumnado de manera informativa mediante cartelería o pósteres para el resto del alumnado que no haya participado directamente. Del mismo modo se ha informado a las familias sobre las actuaciones realizadas en relación a este tema. Se trata de un estudio de casos descriptivo y observacional con tablas de frecuencias analizando las variables de forma univoca y conjunta de frecuencias de manera absoluta y relativa. Analizando la asociación de las dos variables tanto en



la dispersión, las relaciones lineales inversas y la predicción de regresión lineal para confirmar la tendencia estadística de seguir en cifras de “cero” en la variable nº de casos de “coma hipoglucémico”.



Gráfica 1. Diagrama de barras. Protocolos/casos de coma.

La formación previa posibilita la asunción del profesorado de su rol, teniendo mejores criterios de respuestas ante las descompensaciones diabéticas del alumnado, y evitando así llegar a situación de emergencia por coma. El tamaño de la muestra se considera adecuado tanto dando como aceptable el error “alfa” como el “beta”, de número de casos estudiados, dando por correcto el poder estadístico. Por todo lo descrito, nos parece muy necesaria la implantación de este protocolo de actuación, implantación que es un hecho desde hace años y que está muy asentada en la comunidad educativa de Andalucía. No hay estudios parecidos a éste, aunque sí se observan incremento de estudios sobre las nuevas formas de presentación del glucagón.

Recientemente, se ha presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Diabetes (SED)⁷ unos decálogos que han apostado por aunar criterios de uso del glucagón ante situaciones de emergencia, como último escalón en dicha situación de coma. No podemos obviar que el procedimiento instaurado en la consejería de educación satisface a todas las partes y llena de equidad la actuación a realizar en cada caso.

Estos protocolos, junto al específico de las actuaciones en el medio escolar, están dando una respuesta real y eficaz a los problemas de descompensaciones de diabetes en la escuela y pretendemos continuar en esta línea para ampliar la cobertura de actuaciones a todos los centros escolares en esta patología tan prevalente y en otras que son necesarias igualmente.



con los niveles de glucosa en sangre, y se caracteriza por concentraciones altas de glucosa en la sangre (hiperglucemia), o bajas (hipoglucemias). Ambos cuadros son peligrosos, pero mientras en los niveles altos es difícil llegar a inconsciencia, porque la cetoacidosis diabética o el estado hiperosmolar no cetósico pueden controlarse³, en la hipoglucemia no controlada se puede llegar al coma. En este caso hipoglucémico, que es el que suele darse en la población infantil escolarizada, es donde nos centramos.

Unos valores muy bajos de glucosa en sangre pueden afectar a la funcionalidad de algunos sistemas orgánicos. El cerebro es especialmente sensible a la hipoglucemia, porque la glucosa es su principal fuente de energía. Para evitar que los niveles de glucosa en la sangre estén muy por debajo de su valor habitual, el cerebro responde mediante la estimulación de las glándulas suprarrenales para liberar epinefrina, las glándulas suprarrenales secretan cortisol, el páncreas para liberar glucagón, la glándula pituitaria (hipófisis) para liberar hormona del crecimiento. Todas estas hormonas hacen que el hígado libere glucosa en la sangre, pero en ocasiones estas hormonas no aumentan lo suficiente el nivel de glucosa en sangre como para revertir la hipoglucemia. Si el nivel de glucemia sigue siendo demasiado bajo, el cerebro no obtendrá suficiente combustible, lo que provoca confusión, convulsiones o pérdida de la consciencia. Esta situación neurológica de coma se presenta con la persona progresivamente en coma más profundo. En ambos trastornos el coma es precedido por un período de síntomas premonitorios que puede durar de algunas horas hasta varios días. La persona inicialmente pierde el apetito, sufre nerviosismo, dolor de cabeza, debilidad o apatía que aumenta de forma progresiva, presentando en casos más severos sueño excesivo, desorientación y coma. También son frecuentes otros signos, al inicio, la sed intensa, micciones frecuentes, y dolor abdominal, que llega incluso a confundirse con peritonitis o apendicitis. Los signos que se observan son principalmente de deshidratación: lengua y boca secas, ojos hundidos, pulso acelerado, respiración rápida, micciones frecuentes, y una pérdida de peso visible. En último momento, si aparece el coma los signos y síntomas se resumen en cansancio, confusión, pérdida del conocimiento y a veces, convulsiones. La evolución del coma en la hiperglucemia es habitualmente más lenta que en la hipoglucemia⁴. Sin embargo, no deja de considerarse una urgencia, ya que suele acompañarse de alteraciones como deshidratación, acidosis, infecciones, sepsis o choque, las cuales pueden volver impredecible y peligrosa su evolución. En la hipoglucemia el proceso se presenta más rápido, y dado que en este estudio hablamos del ámbito escolar, esos signos premonitorios son fundamentales de atajar para evitar llegar al coma profundo, que tendría que ser tratado de manera inmediata para ser revertido.

Las hipoglucemias graves se encuentran entre las complicaciones frecuentes de las personas con diabetes, y supone una de las mayores limitaciones para lograr un buen control glucémico. Dado que el coma también puede presentarse en la población infantil, el papel del profesorado es fundamental junto a todos los demás perfiles laborales de un centro educativo. Además, en cualquier momento se pueden producir cuadros de hipoglucemia severa y/o coma, tanto el alumnado como el profesorado ha de conocer los síntomas, con el fin de reducir al mínimo los daños en caso de que éstas se produzcan. Si se sospecha hipoglucemia y está consciente como para colaborar hay darle una bebida dulce, un caramelo o una cucharada de azúcar. Si tiene la conciencia disminuida o está inconsciente habría que suministrar una inyección de glucagón (Glucagón-Hypokit^R) o el tratamiento nasal más actual (Baqsimi^R), ambos se utilizan cuando ya hay inconsciencia y no pueden tomar azúcar por vía oral y su administración es muy sencilla y está perfectamente indicada en los envases. El glucagón es una hormona fabricada por el páncreas que eleva la concentración de azúcar en



sangre. Se usa una versión sintética de esta hormona para tratar las concentraciones muy bajas de azúcar en sangre en las personas que tienen diabetes. El compuesto denominado Glucagón es una hormona natural, que tiene el efecto contrario al de la insulina en el organismo humano. Ayuda al hígado a transformar algo llamado “glucógeno” en glucosa (azúcar). La glucosa es liberada en el torrente sanguíneo, lo que hace que el nivel de azúcar en la sangre aumente. En la presentación subcutánea se aconseja almacenar en frío medio. El glucagón nasal se presenta en un pulverizador portátil, listo para su uso, sin necesidad de reconstitución ni de purgado y contiene una sola dosis. Este tratamiento, indicado para la hipoglucemia grave en personas con diabetes a partir de los 4 años, supone la primera innovación terapéutica de los últimos 20 años para esta grave situación. Actuar lo más rápido posible resulta crucial y con este novedoso tratamiento se consigue una administración sencilla, ya que se absorbe de manera pasiva por la mucosa nasal, y exitosa. En España, se encuentra financiado para menores de 18 años, y disponible en venta libre para el resto de las edades.

Por ello, hemos apostado, en los últimos años, por introducir en los centros escolares un protocolo de actuación concreto y eficaz para actuar ante la posibilidad de estos cuadros. Es de enorme importancia su implantación en todos los ámbitos educativos y sociales que se pudieran añadir. De esa manera, no solo damos respuesta real, sino que aumentaría la formación e información de un alto número de personas que a su vez serían transmisoras de información a quienes lo necesiten. Por otra parte, según la normativa actual en materia de salud en las escuelas andaluzas, los centros educativos son los responsables finales de los niños en edad escolar en el momento que estos se encuentren en el horario escolar, por delegación de la tutela de los padres, por lo que tienen la obligación de velar por su integridad física. Por ello, es criterio de justificación y es necesario que todos los posibles agentes implicados conozcan las actuaciones referidas a la situación de coma en la diabetes y pueda responder convenientemente. Es importante que los docentes y demás profesionales del ámbito escolar tengan un buen conocimiento acerca de los síntomas y signos de un proceso de coma y la respuesta más adecuada al mismo, tanto en horario escolar como en los comedores escolares y/o las actividades extraescolares. Siempre en base al Plan de Autoprotección¹⁰ de cada centro escolar, en coordinación con los centros de salud y los números de emergencias 061-112 y con la autorización de las familias. Se deberá disponer de un protocolo de actuación individualizado en el que deberán figurar los datos identificativos del niño (edad, centro, nombre del padre o la madre, teléfono de aviso, profesor, lugar de medicación, y patología). En caso de situación de emergencia deberán rellenarse los datos relativos a los síntomas que presenta el pequeño en el anexo 1 del protocolo, y todas las actuaciones a realizar y autorizaciones en los demás anexos. Se forma a todos los agentes, alumnos y personal de administración en los criterios a seguir en caso de hipoglucemias severas, los criterios para administrar los medicamentos, la técnica concreta y todos los puntos a tener en cuenta en esos momentos,

En la actualidad, contamos con dos presentaciones de glucagón. Una por vía subcutánea y otra por la vía nasal. Los dos productos están comercializados legalmente integrados en el vademecum oficial y autorizadas por la Agencia española del medicamento y productos sanitarios. Por la vía subcutánea, el Glucagón Hypokit^R en su famosa forma de presentación de color naranja, se inyecta en el muslo, nalga, o brazo, como se hace con la insulina, sin hacer pellizco, con un ángulo de unos cuarenta y cinco grados sobre la piel, cuidando de no inyectar en arteria o vena, succionando antes. La vía nasal, con Baqsimi^R se realiza como cualquier inhalador nasal apretando con los dedos en ambas fosas nasales siendo de fácil aplicación. Ambos están incluidos en los protocolos individuales de actuación ante



descompensación por hipoglucemia en los Centros escolares, formando a todos los agentes en su uso, estando localizados físicamente en los espacios del centro, y con dichos protocolos firmados por dirección de centro y familias.

Protocolo de actuación en los centros.

Dentro de los programas de actuación de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional Consejería de Universidad, Investigación e Innovación en su Delegación Territorial de Cádiz¹³, la actuación se enmarca dentro de los programas provinciales y comarcales de apoyo a la acción tutorial y asesoramiento sobre convivencia escolar, que contempla las acciones en enfermedades crónicas que pueden conllevar una situación de emergencia. Se llevan a cabo mediante recogida de información previa sobre cada caso individual (Anexo I), en los documentos de apoyo a la Acción Tutorial, la autorización familiar y consentimiento informado sobre todas las actuaciones (Anexo II y III), elaborando cada centro escolar un censo alumnado de enfermedades crónicas, en este caso de diabetes diagnosticadas, (Anexo IV) , del que posteriormente se deriva el Protocolo individual de actuación en cada alumno@ incluyendo lass actuaciones de emergencia a realizar en caso de coma hipoglucémico. Toda la coordinación, tanto interna entre los diferentes miembros del claustro del Centro Educativo, como la externa con la familia y el Centro de Salud, viene determinada en función de la normativa vigente en la Comunidad Autónoma de Andalucía¹³.

El primer paso para prevenir una descompensación en el control diabético es seguir todas las pautas de los controles glucémicos capilares e intersticial, la monitorización, el buen uso de los sensores y las bombas y la correcta nutrición en función del índice glucémico d ellas raciones a ingerir. Este protocolo debe ser conciso, concreto y fácil de seguir en el ámbito escolar. A la hora de prevenir esa descompensación en el ámbito escolar, son muchas las personas que han de estar implicadas: las propias familias o tutores legales del alumno, el maestro tutor/a, demás agentes educativos, compañer@s, el pediatra del niño, y el resto de personal, docente o no, que trabaja en la escuela y por supuesto, este médico escolar. Para ello, es imprescindible la comunicación entre todas las partes. En primer lugar, las familias de los alumnos han de informar a los maestros del niño sobre su cuadro. Para ello, se solicita desde el equipo escolar que se adjunte un certificado médico con todos los detalles que el docente deba conocer al respecto, tales como tipo de diabetes, material a usar, uso y manejo de material, ingesta calórica, índice glucémico, raciones alimenticias, de esa manera se cumplimenta toda la información al respecto de cada alumno (Anexo I). Del mismo modo, deberán facilitar al centro educativo una autorización firmada, que consienta al personal docente y no docente administrar a su hijo medicación de rescate en caso de emergencia incluida en el protocolo individual globalizando el consentimiento informado (Anexo II). Existen muchos modos diferentes de facilitar esta información a las escuelas; mientras toda la información y autorizaciones estén bien cumplimentadas, cualquier formato es válido y en concreto en el ámbito de actuación de este médico escolar se ha elaborado uno propio en base a los anexos mencionados de los documentos provinciales del Área de Acción Tutorial¹³.

El siguiente de los pasos que se realiza es trasladar toda la información al resto de profesionales del centro educativo. La colocación de carteles informativos en zonas comunes, tales como el botiquín o zonas sanitarias específicas en función de la etapa educativa. La información a los propios compañer@s del alumno resulta fundamental, puesto que, con su maestro tutor, son los que más tiempo pasan con el niño en el aula. Conviene que todos conozcan en función de la edad



madurativa y ciclo, a groso modo una información sobre lo que es la enfermedad, y la importancia de la prevención. Tener en cuenta los signos y síntomas de riesgo en cada caso individual, que aparecen en la relación de signos que nos avisen de una posible descompensación, tener en cuenta que ningún alumno ni otro agente debe ofrecer alimentos que no sea los que el propio alumno diabético controla, y conocer la descompensación de manera, que cada agente, en horario escolar, conozca la actitud a tomar en función del lugar en que se encuentre el alumn@, aula, recreo, gabinetes, departamentos, gimnasios u otras zonas, teniendo especial incidencia la correcta coordinación nutricional en el caso de que el alumn@ haga uso del servicio de comedor escolar donde toda coordinación es poca, tanto en raciones, como en conocimiento de todos los agentes implicados y la coordinación a realizar, para actuar de manera preventiva sobre un diabétic@ descompensado, sobre el uso de materiales, sobre la lectura de los dispositivos electrónicos, en su caso, sobre el lugar en que se encuentran localizados los materiales y medicamentos de emergencia a usar. Es recomendable, mantener una reunión con el resto de familias de alumn@s de ciclo o etapa, para informarles de la enfermedad, las medidas de prevención, solicitando así que en la medida de lo posible eviten que nadie altere el proceso diabetológico en horario escolar¹⁰.

En cuanto a la medicación necesaria en caso de producirse una descompensación hipoglucémica, tanto azúcares como el glucagón, es necesario que se encuentre almacenada en un lugar de fácil acceso, conocido por todo el personal del centro educativo, y en unas condiciones higiénicas adecuadas. En la medida de lo posible, conviene que se encuentre dicha medicación en varios lugares, como el aula del alumno, el botiquín del centro, y/o la sala de conserjería. Así, el acceso al producto es rápido desde prácticamente cualquier lugar del centro. A la hora de realizar visitas o excursiones, el tutor o equipo directivo debe coordinar con los demás agentes y familia el protocolo a seguir fuera del centro. Y por supuesto, en ningún caso se debe excluir al alumno diabético de ninguna actividad. No debemos olvidar, que los niños conocen su enfermedad y, por ello, deben ser los primeros interesados en controlar su situación, tal como indica la Asociación Española de Diabetes- SED⁹.

En definitiva, con este protocolo y uso del mismo se intenta atender el derecho a recibir la formación educativa en un ambiente seguro, sin ser estigmatizados por una situación de especial sensibilidad, fomentando la igualdad de trato y no discriminación y garantizando este derecho del alumnado que accede a los centros educativos, para que puedan participar en todas las actividades escolares educacionales y recreativas al mismo nivel que el resto de sus compañeros/as, sin dejar de tener acceso a su tratamiento o medicación, u otras medidas necesarias para aliviar sus síntomas. Dar a conocer el protocolo a toda la comunidad educativa para facilitar la convivencia en el centro o en cualquier actividad de su vida social, personal o laboral¹. Concienciar de la importancia de informar de la existencia de los casos de especial sensibilidad, para establecer medidas de prevención, así como normas que eviten situaciones de riesgo. Reforzar los requisitos de higiene alimentaria y control nutricional en aulas, cocinas y comedores⁷. Coordinarse con las empresas y/o personal que gestiona los comedores escolares, estableciendo normas con el alumnado que pueda tener una situación de especial riesgo alimentario. Proponer unos modelos para la comunicación entre las familias y los centros para la demanda de asistencia sanitaria, información de este tipo de alumnado, la autorización de la ayuda externa en caso de urgencias, por parte de la madre, padre o tutor/a legal del alumno/a. Dar información, formación preventiva. Dar formación para la atención al alumnado con diabetes y de primeros auxilios, dirigida a todos los profesionales de los centros docentes dependientes de la Consejería de Educación de Andalucía¹³. Establecer unos



requisitos mínimos de atención sanitaria, aunque cada centro deberá según cada situación y medios. Establecer un procedimiento de actuación. Concienciar a todos los miembros de la comunidad educativa de la importancia de la necesidad de colaborar y realizar una actuación rápida y eficiente en caso de emergencia¹¹.

Por todo esto, la implantación de un programa de actuación en los casos de hipoglucemia con mantenimiento de la conciencia antes de llegar a la pérdida de conciencia, en los centros educativos nos parece fundamental. Estos programas se incardinan en los de actuación hábitos de vida saludable en la prevención y promoción de la salud junto a la actuación mediante programas de actuación en alumnado crónico. En Andalucía, emanan de los objetivos del IV Plan Andaluz de Salud. Plan que afronta seis compromisos que, a su vez, se concretan en 24 metas y 92 objetivos concretos, para mejorar la salud de la población, mediante la estrategia de Salud en Todas las Políticas. Además, es un plan coherente con la Estrategia Europea Salud 2020¹³, que incide en dos elementos fundamentales: mejorar la salud reduciendo las desigualdades, y mejorar el liderazgo y la participación de la ciudadanía.

Para contextualizar esta actuación, hay que resumir el modelo de actuaciones de promoción de la salud en los centros escolares andaluces. En la zona de actuación educativa de Cádiz, Jerez y pedanías, desde el curso escolar 2004- 2005 se pone en marcha la Comisión Comarcal de Salud, con el fin de dinamizar todas las actuaciones de hábitos saludables en los centros educativos de Primaria y Secundaria. Dicha Comisión está formada por miembros de los Equipos de Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS), miembros de los centros de formación del profesorado (CEP), el miembro médico escolar de los equipos multiprofesionales educativos, y miembros de los servicios educativos y sanitarios de Ayuntamientos, Protección Civil, así como representantes de ONGs como Cruz Roja, Proyecto Hombre, Centros Comarcales de Prevención de adicciones¹⁰, etc.

Centrándonos en las acciones en los casos de coma hipoglucémico, éstas se enmarcan dentro del programa de actuación en alumnado con patologías crónicas y como creemos en la importancia de este tipo de conocimientos en la vida real, familiar o social y más aún en el sistema educativo, es por lo que hemos apostado por ofrecer los talleres y la formación en diabetes, especialmente en alumnado de edades tempranas, a nivel preventivo, y en cuanto a la actuación de emergencia para evitar llegar al coma hipoglucémico con inconciencia. Las modalidades de actuaciones se ofertan de manera particular dentro de la oferta de la Comisión Comarcal de Salud de zona⁹, y los ofrece este profesional de la medicina escolar en coordinación con los equipos de las unidades de Diabetología del SAS¹³. Se realizan a dos niveles, por una parte, dentro de los planes de formación regladas de los centros de profesores de la zona educativa, y por otras de manera individual a petición de los centros, ofreciéndose la formación destinada, por una parte, a profesorado y todo agente educativo que, en algún momento tuviera que intervenir ante un caso de descompensación o disfunción del proceso de glucemia en alumnado y a los propios alumnos y alumnas. La modalidad es presencial y dirigida a todos los agentes intervinientes en el ámbito educativo. En cuanto al alumnado, se desarrolla en niveles de competencias diferentes según el ciclo educativo de ellos, siendo los contenidos más específicos en cuanto más alta es la etapa educativa. El alumnado de educación infantil y de primaria en sus dos primeros ciclos es informado, pero en base a la formación del profesorado y todo agente susceptible de tener que actuar. En tercer ciclo de E.P., ESO y Bachillerato, la formación en contenidos y prácticas es la misma en alumnado que en profesorado y demás agentes.



En cuanto al profesorado, personal no docente, personal adscrito a centros y personal de administración y servicios de los centros, tienen un nivel de competencia muy básico para este tema. En la metodología se incluyeron sesiones teórico-prácticas del concepto de diabetes insulín dependiente, los índices glucémicos de los diferentes alimentos, las diferentes metodologías de medición de glucemia capilar, los diferentes sistemas de detección de glucemia intersticial, el mecanismo de funcionamiento, los cuidados de los sensores, monitores y/o demás reservorios y las aplicaciones y el posible uso de glucagón subcutáneo o por vía nasal incluyendo prácticas con los materiales que proporcionan los laboratorios incluyendo los conocimientos teóricos y prácticos en el formato de talleres presenciales y participativos con una duración media de 3 horas, de las que el 90% son prácticas de las praxis a llevar a cabo.

La metodología es muy participativa y significativa, con videoforums de enseñanza visual, praxis reales de todas las actuaciones y evaluación continuada. Se usan todos los materiales clínicos necesarios, muñecos de aprendizaje y administradores de prácticas. Junto al procedimiento del taller, se llevan a cabo una serie de tests antes de las sesiones y después de las mismas, con preguntas abiertas sobre los conocimientos y preguntas de respuestas múltiples sobre los contenidos y las actitudes a tener en cuenta. De los resultados de estos documentos se derivan diferentes tipos de estudios de los que entresacamos información muy válida al respecto de la evaluación de este tipo de planes y de la mejora de los mismos.

El trabajo que ahora presentamos se puede resumir ha recabado la información mediante documentos de recogida de información y entrevistas en centros escolares con los responsables de los ámbitos de educación para la Salud, Hábitos de Higiene saludable y Protocolos de crónicos, con los que este profesional de la medicina escolar tiene contacto estrecho y diario. Se analiza, durante los últimos cursos escolares, el número de protocolos firmados y censados en los planes de salud de los centros, en el ámbito del alumnado crónico diabético y, por otra parte, los números de casos en los que se ha producido algún caso de hipoglucemia con inconsciencia en el que se ha debido hacer uso de glucagón subcutáneo o nasal, inmediato. El número de casos en que se ha administrado, las circunstancias en el ámbito escolar en el que se realizaron, la situación concreta del agente que ha intervenido y los datos del alumnado y familia haciendo un estudio diferencial de la relación de prevalencia de casos con incidencia de uso de glucagón y estudio estadístico descriptivo e inferencial. Así mismo, si hubo intervención familiar o de personal sanitario. El trabajo de campo lleva como título **PROTOSCOLOS DIABETICOS Y COMA HIPOGLUCEMICO EN EL AMBITO ESCOLAR.**

Resumen:

Los docentes y los demás agentes que trabajan en el medio escolar son el primer contacto con el niño en una situación de descompensación en cuadros diabéticos de base. Es importante que tengan buenos conceptos sobre primeros auxilios, reconocimiento de la gravedad de la situación, actuar de manera protocolizada ante las descompensaciones y en concreto en el coma hipoglucémico, administrando el glucagón subcutáneo o el nasal y la capacidad para saber en qué momento pedir ayuda a emergencias sanitarias.



Objetivos:

Determinar, a lo largo de cuatro cursos escolares, la relación entre el número de protocolos en alumnado diabético y los casos de uso de medicación para revertir el coma hipoglucémico. La respuesta de los docentes y demás personal de los centros educativos, analizando la evolución inferencial en esos cursos escolares. Capacitar en praxis y competencias básicas en el manejo de la situación de coma hipoglucémico en el ámbito escolar.

Técnica e instrumentos:

Se incluyeron todos los centros de Primaria y Secundaria que tenían censado alumnado crónico con diabetes tipo I, y que tenían incluido algún protocolo de actuación en emergencia por coma hipoglucémico. Un total de 36 centros. Se hace estudio de casos transversal y correlacional para conocer el número de protocolos firmados y censados por curso escolar en los centros escolares –variable cuantitativa- y la evolución cuantitativa del número de comas hipoglucémicos constatados que debieron tener respuesta farmacológica-glucagón-. No se realiza estudio estadístico ni de edad, sexo o formación de la persona administradora del medicamento. Se hace estudio de medias, medianas y frecuencias, y además estudio de dispersión y de correlación entre variables, procesando los mismos en sistema de procesador datos de Excel. El criterio de confidencialidad se mantuvo en todo momento.

Diseño: Estudio multicéntrico longitudinal, descriptivo y observacional.

Lugar: Zona educativa Jerez de la Frontera, provincia de Cádiz.

Tiempo: Cursos escolares 2020/2021, 2021-2022, 2022-2023, y 2023-2024.

Criterios de inclusión: Todo centro escolar con alumnado diabético censado. Centros de Infantil, Primaria y Secundaria no universitarios.

Metodología: Recogida de datos, observación de casos, entrevistas y estudio estadístico.

Resultados: Existe una correlación lineal inversa significativa entre el número de protocolos diabéticos censados y el número de casos de coma hipoglucémicos constatados a lo largo de cuatro cursos escolares. Mientras el número de protocolos crecía exponencialmente, los casos de comas hipoglucémicos disminuían, de forma lineal decreciente. El estudio del diagrama de dispersión confirma que aparece una relación lineal inversa entre los valores de ambas variables, de manera que se confirma que dicha relación lineal es realmente suficiente para afirmar que existe correlación entre las variables, apareciendo una Covarianza- S_{xy} - con una relación directa y con un coeficiente de correlación de Pearson – R_{xy} - que guarda el signo de covarianza con desviaciones típicas siempre positivas, con valores R_{xy} , entre 0,8-1, por lo que la relación lineal es alta. Del mismo modo, se puede predecir como seguirían las correlaciones en los siguientes cursos escolares, donde la recta de regresión lineal, nos confirma de manera significativa, y con el análisis de método de mínimos cuadrados, que cuantos más protocolos cuantitativamente se realicen, la cifra de casos de comas hipoglucémicos se acercará más a cero. Incluyendo desviaciones típicas positivas.

Los resultados, tal como se indica en la tabla 1, incluían que, en el primer curso estudiado, el número de protocolos censados alcanzó la cifra de veintiuno (x:21) y los episodios de comas hipoglucémicos subieron a tres casos (y:3), mientras en los siguientes cursos, respectivamente fueron de 33 protocolos, 2 comas, el segundo curso analizado; de 41 y 1 el tercero y sesenta y cinco protocolos el cuarto curso, por ningún caso de coma constatado.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO: PROTOCOLOS DIABETICOS Y COMAS HIPOGLUCÉMICOS EN EL AMBITO ESCOLAR

Autor/es: Nicolás Miguel Montoya Rodríguez

Centro de Trabajo: Médico Escolar. EOE Jerez Fra. Cádiz.

Mail de todos los autores: nicolasmiguelm@yahoo.es

Resumen:

La salud, el bienestar y la seguridad del alumnado en los centros educativos es un derecho. La diabetes juvenil insulino dependiente es de los problemas clínicos de más prevalencia en la actualidad. Pese al buen desarrollo de los protocolos de diabetes a nivel clínico, de educación diabetológica y nutritiva, los casos de descompensación pueden darse en cualquier momento, debiendo tenerse en cuenta en todos los ámbitos. Más en el escolar, ya que el control y la monitorización, se produce en un ambiente más disfuncional, más estresante y menos relajado que en el familiar. Por ello, debe darse especial importancia a la autoformación del pequeñ@ o adolescente, la formación/información del personal del centro escolar en el tema, la elaboración de un Plan individual de Actuación para el alumnado diabético y la propuesta de un protocolo de intervención ante una descompensación, sobre manera en las hipoglucemias más peligrosas que pueden alcanzar el coma ajustando dosis y teniendo muy claros los criterios concretos del uso de los medicamentos, glucagón SC o nasal. Los objetivos principales son facilitar propuestas que ayuden a la escolarización y a la gestión de un ambiente más seguro para el alumnado diabético, conocer el volumen de protocolos censados, orientar sobre la forma de actuar ante una emergencia diabética y hacer un estudio descriptivo e inferencial de los casos de descompensación por coma hipoglucémico en el área educativa de Jerez y comarca, y la relación entre el creciente número de casos de escolarización de alumnado diabético en comparación con el descenso de número de casos diagnosticados de coma e inconsciencia hipoglucémica.

Diabetes y coma hipoglucémico

En los cuadros metabólicos relacionados con los niveles de glucosa en sangre se producen alteraciones derivadas de los propios tratamientos, de tratamientos coadyuvantes, de infecciones concomitantes, de una alimentación que no controla el índice glicémico y de otras posibles causas. La diabetes mellitus es un proceso crónico que afecta aproximadamente del 2 al 6% de la población general, caracterizándose por alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. La etiopatogenia de estas alteraciones está relacionada con un defecto en la producción y la liberación de insulina o con la existencia de resistencia periférica a la acción de esta hormona. Normalmente, el organismo mantiene la glucemia (concentración de glucosa en sangre) en un intervalo entre 70 y 110 miligramos por decilitro (mg/dL) o 3,9 a 6,1 milimoles por litro (mmol/L) de sangre. La diabetes mellitus es un trastorno relacionado



con los niveles de glucosa en sangre, y se caracteriza por concentraciones altas de glucosa en la sangre (hiperglucemia), o bajas (hipoglucemias). Ambos cuadros son peligrosos, pero mientras en los niveles altos es difícil llegar a inconsciencia, porque la cetoacidosis diabética o el estado hiperosmolar no cetósico pueden controlarse³, en la hipoglucemia no controlada se puede llegar al coma. En este caso hipoglucémico, que es el que suele darse en la población infantil escolarizada, es donde nos centramos.

Unos valores muy bajos de glucosa en sangre pueden afectar a la funcionalidad de algunos sistemas orgánicos. El cerebro es especialmente sensible a la hipoglucemia, porque la glucosa es su principal fuente de energía. Para evitar que los niveles de glucosa en la sangre estén muy por debajo de su valor habitual, el cerebro responde mediante la estimulación de las glándulas suprarrenales para liberar epinefrina, las glándulas suprarrenales secretan cortisol, el páncreas para liberar glucagón, la glándula pituitaria (hipófisis) para liberar hormona del crecimiento. Todas estas hormonas hacen que el hígado libere glucosa en la sangre, pero en ocasiones estas hormonas no aumentan lo suficiente el nivel de glucosa en sangre como para revertir la hipoglucemia. Si el nivel de glucemia sigue siendo demasiado bajo, el cerebro no obtendrá suficiente combustible, lo que provoca confusión, convulsiones o pérdida de la consciencia. Esta situación neurológica de coma se presenta con la persona progresivamente en coma más profundo. En ambos trastornos el coma es precedido por un período de síntomas premonitorios que puede durar de algunas horas hasta varios días. La persona inicialmente pierde el apetito, sufre nerviosismo, dolor de cabeza, debilidad o apatía que aumenta de forma progresiva, presentando en casos más severos sueño excesivo, desorientación y coma. También son frecuentes otros signos, al inicio, la sed intensa, micciones frecuentes, y dolor abdominal, que llega incluso a confundirse con peritonitis o apendicitis. Los signos que se observan son principalmente de deshidratación: lengua y boca secas, ojos hundidos, pulso acelerado, respiración rápida, micciones frecuentes, y una pérdida de peso visible. En último momento, si aparece el coma los signos y síntomas se resumen en cansancio, confusión, pérdida del conocimiento y a veces, convulsiones. La evolución del coma en la hiperglucemia es habitualmente más lenta que en la hipoglucemia⁴. Sin embargo, no deja de considerarse una urgencia, ya que suele acompañarse de alteraciones como deshidratación, acidosis, infecciones, sepsis o choque, las cuales pueden volver impredecible y peligrosa su evolución. En la hipoglucemia el proceso se presenta más rápido, y dado que en este estudio hablamos del ámbito escolar, esos signos premonitorios son fundamentales de atajar para evitar llegar al coma profundo, que tendría que ser tratado de manera inmediata para ser revertido.

Las hipoglucemias graves se encuentran entre las complicaciones frecuentes de las personas con diabetes, y supone una de las mayores limitaciones para lograr un buen control glucémico. Dado que el coma también puede presentarse en la población infantil, el papel del profesorado es fundamental junto a todos los demás perfiles laborales de un centro educativo. Además, en cualquier momento se pueden producir cuadros de hipoglucemia severa y/o coma, tanto el alumnado como el profesorado ha de conocer los síntomas, con el fin de reducir al mínimo los daños en caso de que éstas se produzcan. Si se sospecha hipoglucemia y está consciente como para colaborar hay darle una bebida dulce, un caramelo o una cucharada de azúcar. Si tiene la conciencia disminuida o está inconsciente habría que suministrar una inyección de glucagón (Glucagón-Hypokit^R) o el tratamiento nasal más actual (Baqsimi^R), ambos se utilizan cuando ya hay inconsciencia y no pueden tomar azúcar por vía oral y su administración es muy sencilla y está perfectamente indicada en los envases. El glucagón es una hormona fabricada por el páncreas que eleva la concentración de azúcar en



sangre. Se usa una versión sintética de esta hormona para tratar las concentraciones muy bajas de azúcar en sangre en las personas que tienen diabetes. El compuesto denominado Glucagón es una hormona natural, que tiene el efecto contrario al de la insulina en el organismo humano. Ayuda al hígado a transformar algo llamado “glucógeno” en glucosa (azúcar). La glucosa es liberada en el torrente sanguíneo, lo que hace que el nivel de azúcar en la sangre aumente. En la presentación subcutánea se aconseja almacenar en frío medio. El glucagón nasal se presenta en un pulverizador portátil, listo para su uso, sin necesidad de reconstitución ni de purgado y contiene una sola dosis. Este tratamiento, indicado para la hipoglucemia grave en personas con diabetes a partir de los 4 años, supone la primera innovación terapéutica de los últimos 20 años para esta grave situación. Actuar lo más rápido posible resulta crucial y con este novedoso tratamiento se consigue una administración sencilla, ya que se absorbe de manera pasiva por la mucosa nasal, y exitosa. En España, se encuentra financiado para menores de 18 años, y disponible en venta libre para el resto de las edades.

Por ello, hemos apostado, en los últimos años, por introducir en los centros escolares un protocolo de actuación concreto y eficaz para actuar ante la posibilidad de estos cuadros. Es de enorme importancia su implantación en todos los ámbitos educativos y sociales que se pudieran añadir. De esa manera, no solo damos respuesta real, sino que aumentaría la formación e información de un alto número de personas que a su vez serían transmisoras de información a quienes lo necesiten. Por otra parte, según la normativa actual en materia de salud en las escuelas andaluzas, los centros educativos son los responsables finales de los niños en edad escolar en el momento que estos se encuentren en el horario escolar, por delegación de la tutela de los padres, por lo que tienen la obligación de velar por su integridad física. Por ello, es criterio de justificación y es necesario que todos los posibles agentes implicados conozcan las actuaciones referidas a la situación de coma en la diabetes y pueda responder convenientemente. Es importante que los docentes y demás profesionales del ámbito escolar tengan un buen conocimiento acerca de los síntomas y signos de un proceso de coma y la respuesta más adecuada al mismo, tanto en horario escolar como en los comedores escolares y/o las actividades extraescolares. Siempre en base al Plan de Autoprotección¹⁰ de cada centro escolar, en coordinación con los centros de salud y los números de emergencias 061-112 y con la autorización de las familias. Se deberá disponer de un protocolo de actuación individualizado en el que deberán figurar los datos identificativos del niño (edad, centro, nombre del padre o la madre, teléfono de aviso, profesor, lugar de medicación, y patología). En caso de situación de emergencia deberán rellenarse los datos relativos a los síntomas que presenta el pequeño en el anexo 1 del protocolo, y todas las actuaciones a realizar y autorizaciones en los demás anexos. Se forma a todos los agentes, alumnos y personal de administración en los criterios a seguir en caso de hipoglucemias severas, los criterios para administrar los medicamentos, la técnica concreta y todos los puntos a tener en cuenta en esos momentos,

En la actualidad, contamos con dos presentaciones de glucagón. Una por vía subcutánea y otra por la vía nasal. Los dos productos están comercializados legalmente integrados en el vademecum oficial y autorizadas por la Agencia española del medicamento y productos sanitarios. Por la vía subcutánea, el Glucagón Hypokit^R en su famosa forma de presentación de color naranja, se inyecta en el muslo, nalga, o brazo, como se hace con la insulina, sin hacer pellizco, con un ángulo de unos cuarenta y cinco grados sobre la piel, cuidando de no inyectar en arteria o vena, succionando antes. La vía nasal, con Baqsimi^R se realiza como cualquier inhalador nasal apretando con los dedos en ambas fosas nasales siendo de fácil aplicación. Ambos están incluidos en los protocolos individuales de actuación ante



descompensación por hipoglucemia en los Centros escolares, formando a todos los agentes en su uso, estando localizados físicamente en los espacios del centro, y con dichos protocolos firmados por dirección de centro y familias.

Protocolo de actuación en los centros.

Dentro de los programas de actuación de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional Consejería de Universidad, Investigación e Innovación en su Delegación Territorial de Cádiz¹³, la actuación se enmarca dentro de los programas provinciales y comarcales de apoyo a la acción tutorial y asesoramiento sobre convivencia escolar, que contempla las acciones en enfermedades crónicas que pueden conllevar una situación de emergencia. Se llevan a cabo mediante recogida de información previa sobre cada caso individual (Anexo I), en los documentos de apoyo a la Acción Tutorial, la autorización familiar y consentimiento informado sobre todas las actuaciones (Anexo II y III), elaborando cada centro escolar un censo alumnado de enfermedades crónicas, en este caso de diabetes diagnosticadas, (Anexo IV) , del que posteriormente se deriva el Protocolo individual de actuación en cada alumno@ incluyendo lass actuaciones de emergencia a realizar en caso de coma hipoglucémico. Toda la coordinación, tanto interna entre los diferentes miembros del claustro del Centro Educativo, como la externa con la familia y el Centro de Salud, viene determinada en función de la normativa vigente en la Comunidad Autónoma de Andalucía¹³.

El primer paso para prevenir una descompensación en el control diabético es seguir todas las pautas de los controles glucémicos capilares e intersticial, la monitorización, el buen uso de los sensores y las bombas y la correcta nutrición en función del índice glucémico d ellas raciones a ingerir. Este protocolo debe ser conciso, concreto y fácil de seguir en el ámbito escolar. A la hora de prevenir esa descompensación en el ámbito escolar, son muchas las personas que han de estar implicadas: las propias familias o tutores legales del alumno, el maestro tutor/a, demás agentes educativos, compañer@s, el pediatra del niño, y el resto de personal, docente o no, que trabaja en la escuela y por supuesto, este médico escolar. Para ello, es imprescindible la comunicación entre todas las partes. En primer lugar, las familias de los alumnos han de informar a los maestros del niño sobre su cuadro. Para ello, se solicita desde el equipo escolar que se adjunte un certificado médico con todos los detalles que el docente deba conocer al respecto, tales como tipo de diabetes, material a usar, uso y manejo de material, ingesta calórica, índice glucémico, raciones alimenticias, de esa manera se cumplimenta toda la información al respecto de cada alumno (Anexo I). Del mismo modo, deberán facilitar al centro educativo una autorización firmada, que consienta al personal docente y no docente administrar a su hijo medicación de rescate en caso de emergencia incluida en el protocolo individual globalizando el consentimiento informado (Anexo II). Existen muchos modos diferentes de facilitar esta información a las escuelas; mientras toda la información y autorizaciones estén bien cumplimentadas, cualquier formato es válido y en concreto en el ámbito de actuación de este médico escolar se ha elaborado uno propio en base a los anexos mencionados de los documentos provinciales del Área de Acción Tutorial¹³.

El siguiente de los pasos que se realiza es trasladar toda la información al resto de profesionales del centro educativo. La colocación de carteles informativos en zonas comunes, tales como el botiquín o zonas sanitarias específicas en función de la etapa educativa. La información a los propios compañer@s del alumno resulta fundamental, puesto que, con su maestro tutor, son los que más tiempo pasan con el niño en el aula. Conviene que todos conozcan en función de la edad

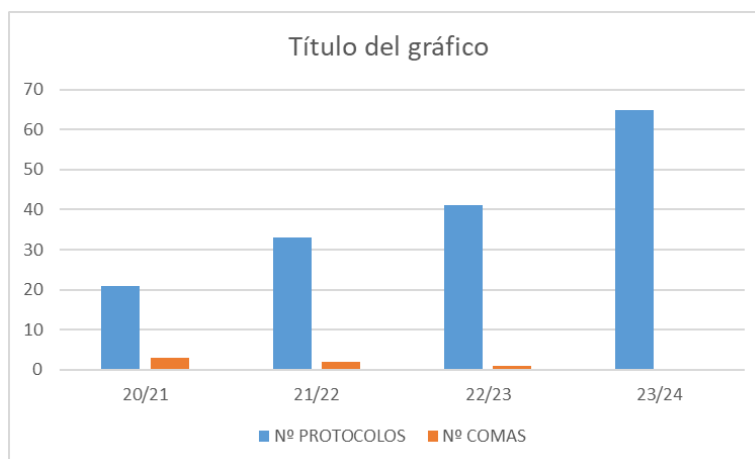


CURSO ESCOLAR	Nº PROTOCOLOS	Nº COMAS HIPOGLUCEMICOS
2020/2021	21	3
2021/2022	33	2
2022/2023	41	1
2023/2024	65	0

Tabla 1. Variables. x: nº protocolos diabéticos / y: nº comas hipoglucémicos

Conclusiones y discusión:

En una actuación preventiva y promotora de salud, como son los protocolos de actuación en alumnado crónico, se constata que el número de protocolos censados según el plan de salud de los centros escolares de la comarca de Jerez, de alumnado diabético, ha aumentado en cifras de dispersión crecientes y hay una correlación directa con la disminución de los casos de comas hipoglucémicos constatados, (gráfica 1), resultando que en el último curso escolar analizado, no se ha producido ninguno, con lo que se infiere que el valor preventivo de los protocolos para alumnado diabético es fundamental y que, junto a la formación en los centros de todos los agentes, alumnado, familias y personal se consigue que las actuaciones durante las descompensaciones glucémicas posibiliten que no se llegue a situaciones de coma hipoglucémico en dicho ámbito.



Gráfica 1. Diagrama de barras. Protocolos/casos de coma.

Junto a las diferentes sesiones y talleres, se han derivado actuaciones preventivas con alumnado de manera informativa mediante cartelería o pósteres para el resto del alumnado que no haya participado directamente. Del mismo modo se ha informado a las familias sobre las actuaciones realizadas en relación a este tema. Se trata de un estudio de casos descriptivo y observacional con tablas de frecuencias analizando las variables de forma univoca y conjunta de frecuencias de manera absoluta y relativa. Analizando la asociación de las dos variables tanto en la dispersión, las relaciones lineales inversas y la predicción de regresión lineal para confirmar la tendencia estadística de seguir en cifras de “cero” en la variable nº de casos de “coma hipoglucémico”.

La formación previa posibilita la asunción del profesorado de su rol, teniendo mejores criterios de respuestas ante las descompensaciones diabéticas del alumnado, y evitando así llegar a situación de emergencia por coma. El tamaño de la muestra se considera adecuado tanto dando como aceptable el error “alfa” como el “beta”, de número de casos



estudiados, dando por correcto el poder estadístico. Por todo lo descrito, nos parece muy necesaria la implantación de este protocolo de actuación, implantación que es un hecho desde hace años y que está muy asentada en la comunidad educativa de Andalucía. No hay estudios parecidos a éste, aunque sí se observan incremento de estudios sobre las nuevas formas de presentación del glucagón.

Recientemente, se ha presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Diabetes (SED)⁷ unos decálogos que han apostado por aunar criterios de uso del glucagón ante situaciones de emergencia, como último escalón en dicha situación de coma. No podemos obviar que el procedimiento instaurado en la consejería de educación satisface a todas las partes y llena de equidad la actuación a realizar en cada caso.

Estos protocolos, junto al específico de las actuaciones en el medio escolar, están dando una respuesta real y eficaz a los problemas de descompensaciones de diabetes en la escuela y pretendemos continuar en esta línea para ampliar la cobertura de actuaciones a todos los centros escolares en esta patología tan prevalente y en otras que son necesarias igualmente.

Bibliografía, enlaces y links

1)Akturk HK, Rewers A, Joseph H, Schneider N, Garg SK. Possible ways to improve postprandial glucose control in type 1 diabetes. *Diabetes Technol. Therap* 2018;20 (suppl 2): 24-29. DOI: 10.1089/dia.2018.0114.

2)Bell KJ, Fio CZ, Twigg S, Duke SA, Fulcher G, Alexander K, et al. Amount and type of dietary fat, postprandial glycemia, and insulin requirements in Type 1 Diabetes: A randomized within-subject Trial. *Diabetes Care*. 2020 Jan;43(1):59-66. doi: 10.2337/dc19-0687

3)Borrás Pérez MV, López Siguero JP. Diagnóstico diferencial de la hipoglucemia en el niño. *Endocrinol y Nutr* [Internet]. 2006 [Acceso 26 febrero 2017] ;53(8):493–509. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12>

4)Fundación para la Diabetes[Internet]. Inyectando insulina/Objetivos glucémicos [Acceso 10 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/>

5)Guía. Convivir con diabetes. Recomendaciones para una dieta cardiosaludable. https://www.sediabetes.org/wp-content/uploads/5.SED_Dieta-cardiosaludable.pdf

6)Home Ph. How valid are de new hypoglycemia definitions for use in clinical Trials? *Diabetes Care* 2020;43:272-274. <https://doi.org/10.2337/dci19-0056>

7) XVI Jornadas de actualización diabetes. Libro de comunicaciones. SEEP. Madrid. 2024.



8) Lodefalk M, Aman J, Bang P. Effects of fat supplementation on glycaemic response and gastric emptying in adolescents with Type 1 diabetes. *Diabet Med.* 2008;25(9):1030-1035. doi:10.1111/j.1464-5491.2008.

9) López-Alba A. Guía de atención a escolares con Diabetes [Internet]. 1ª reedición. Canarias: Servicio de Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad y Gobierno de Canarias; 2010. Disponible en: <http://diabetenerife.org/upload/20119812594.pdf>

10) Montoya Rodríguez, N.M. Plan de Autoprotección escolar y emergencias. Programas preventivos. Consejería Innovación Educativa. Andalucía. 2021.

11) Moriconi E, Feraco A, Marzolla V, Infante M, Lombardo M, Fabbri A, Caprio M. Neuroendocrine and metabolic effects of low-calorie and non-calorie sweeteners. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020;16:11:444. doi: 10.3389/fendo.2020.00444.

12) National Institutes of Health and the Centers for Disease Control and Prevention, NIH CDC. Helping the Student with Diabetes Succeed. A Guide for school personnel [Internet]. National Diabetes Education Program (NDEP) Diabetes; 2016 [Acceso 2 febrero 2017]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-communication-programs/ndep/health-care-professionals/school-guide/section3/Documents/NDEP-School-Guide-Full.pdf>

13) Portal de Hábitos Saludables. Andalucía. <https://portals.ced.juntaandalucia.es/educacion/portals/web/habitos-vida-saludable>

14) Slattery D, Amiel SA, Choudhary P. Optimal prandial timing of bolus insulin management: a review. *Diabet Med.* 2018; 35 (3):306-316. doi: 10.1111/dme.13525

15) Sonia S, Witjaksono F, Ridwan R. Effect of cooling of cooked white rice on resistant starch content and glycaemic response. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2015;24(4):620-625. doi: 10.6133/apjcn.2015.24.4.13

16) Standards of Medical Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care* 2024;44 (Suppl.1):S180-s199. doi.org/10.2337/dc21-S013.



17)Tascini G, Berioli MG, Cerquiglini L, Santi E, Mancini G, Rogari F et al. Carbohydrate counting in children and adolescents with type 1 diabetes. *Nutrients* 2018;10:109-111. Doi:10.3390/nu10010109

18)UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño: Somalia la ratifica. [Internet] 2015.

[Actualizada 15 febrero 2015; Acceso 22 marzo 2017]. Disponible en:

<https://old.unicef.es/actualidad-documentacion/noticias/el-gobierno-de-somalia-ratifica-la-convencion-sobre-los-derechos->



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: ¿CONSUMIMOS DESAYUNOS SALUDABLES Y NO CARIOGENICOS?

Autor/es: ORELLANA CANO B., ORELLANA CANO C., MORENO IZQUIERDO V., CANO BERMEJO I., CHILLARON CARMONA R., GOYETCHE PASCUAL G., BAPTISTA FERREIRA O., ROGRIGUEZ ESCRIBANO R.

Centro de Trabajo: USBD MIRAFLORES

Mail de todos los autores: borelcan@gmail.com, critina.orellana.cano@gmail.com, vmi27@hotmail.com, tavogp@gmail.com, rchillaron@gmail.com, oscar_baptista@hotmail.com, roxy.es75@gmail.es, inescanob@gmail.com

Resumen:

OBJETIVOS

- PRINCIPAL: Conocer si los alumnos del CEIP Miraflores consumen desayunos saludables
- SECUNDARIOS:
 - o Diferenciar entre desayuno saludable y cariogénico
 - o Conocer desayunos cariogénico
 - o Conocer si los alumnos consumen desayunos no cariogénicos

MATERIAL Y METODOS

Realizamos un taller en el CEIP Miraflores en Alcobendas para conocer y dar a conocer a los alumnos de diferentes cursos como deben ser los desayunos saludables y a la vez la importancia de que estos no sean cariogénicos, ya que muchos productos no procesados pueden ser muy sanos pero a la vez muy cariogénicos. Ejemplos de estos productos podría ser la fruta o la miel.

Se implementan sesiones con un PPT de una duración de 30 minutos y se reparte una encuesta pre y post sesión para valorar tanto los hábitos de los alumnos como el aprendizaje de la sesión.

RESULTADOS

Los alumnos consumen desayunos bastante saludables, aunque un porcentaje sigue consumiendo a diario productos procesados que no deberían ser adecuados para ellos. Muchos alumnos consumen a diario productos saludables como puede ser fruta, lácteos o hidratos de carbono.

No tienen tan asociado que existen alimentos que siendo naturales o no procesados puedan contener alto riesgo cariogénico, por lo que es muy importante mantener la correcta higiene oral.

¿CONSUMIMOS DESAYUNOS SALUDABLES Y NO CARIOGENICOS?

ORELLANA CANO B.(borelcan@gmail.com), ORELLANA CANO C., MORENO IZQUIERDO V., CANO BERMEJO I., CHILLARON CARMONA R., GOYETCHE PASCUAL G., BAPTISTA FERREIRA O., ROGRIGUEZ ESCRIBANO R.

OBJETIVOS/ OBJETIVES

-PRINCIPAL: Conocer si los alumnos del CEIP Miraflores consumen desayunos saludables

-SECUNDARIOS:

Diferenciar entre desayuno saludable y cariogénico

Conocer desayunos cariogénico

Conocer si los alumnos consumen desayunos no cariogénicos

MATERIAL Y METODOS

Realizamos un taller en el CEIP Miraflores en Alcobendas para conocer y dar a conocer a los alumnos de diferentes cursos como deben ser los desayunos saludables y a la vez la importancia de que estos no sean cariogénicos, ya que muchos productos no procesados pueden ser muy sanos pero a la vez muy cariogénicos. Ejemplos de estos productos podría ser la fruta o la miel.

Se implementan sesiones con un PPT de una duración de 30 minutos y se reparte una encuesta pre y post sesión para valorar tanto los hábitos de los alumnos como el aprendizaje de la sesión.

RESULTADOS

Los alumnos consumen desayunos bastante saludables, aunque un porcentaje sigue consumiendo a diario productos procesados que no deberían ser adecuados para ellos. Muchos alumnos consumen a diario productos saludables como puede ser fruta, lácteos o hidratos de carbono.

No tienen tan asociado que existen alimentos que siendo naturales o no procesados puedan contener alto riesgo cariogénico, por lo que es muy importante mantener la correcta higiene oral.



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

- Los alumnos que han asistido a la educación mayoritariamente consumen desayunos saludables como lácteo y fruta
- Han mostrado aprendizaje con referencia a los desayunos cariogénicos.
- Los alumnos desconocían que había alimentos con algo riesgo cariogénico como puede ser la miel

REFERENCIAS/ REFERENCES

Texto -Talleres Salud bucodental para niños. Orellana, B. 2018

-Proyecto educativo aprende a sonreír la Junta de Andalucía

-Dientes reluciente Antonio Gómez Yedra 1998

-Comisión de valoración de proyectos educativos. Guía de criterios metodológicos para desarrollar proyectos educativos grupales. Área 11. Atención Primaria Madrid. Marzo 2008/ Text



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: Conocimientos sobre infecciones respiratorias y hábitos para evitar su transmisión

Autor/es: Katuska Tamayo Mariño, Julio César Salazar Ramírez, Daymi Guerrero Cordero, Yordan González García, Anais Robert-Larduet

Centro de Trabajo: Policlínico “Aquiles Espinosa Salgado”. Las Tunas, Cuba

Mail de todos los autores: katyclaudia0411@gmail.com, juliosalazarkaty@gmail.com, guerreroorderodaymi@gmail.com, doctor020580@gmail.com, robertlarduetanais@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas se encuentran entre las tres primeras causas de morbimortalidad en la población general. Conocer los elementos para prevenirlas y mantener hábitos adecuados para disminuir su transmisión es de vital importancia para el personal sanitario y también los individuos deberían estar pendiente de ello. **Objetivo:** identificar los conocimientos sobre infecciones respiratorias y hábitos para prevenir estas afecciones. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal en una población de estudio de 30 estudiantes de una aula de Sexto Grado de la Escuela Primaria Vado del Yeso del municipio de Las Tunas, mayo 2024. Se aplicó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas y de opción múltiple. **Resultados:** Hubo un ligero predominio del sexo femenino, para un 53,3 %, el 70 %, obtuvo calificación de bien como nota final del año precedente. De los hábitos positivos referidos, prevaleció el uso de desinfectante de manos, para un 56,7 %. En relación con los hábitos negativos, el 90 % se tapa la boca con la mano cuando tose. Además, el 100 % conoce que debe usar el nasobuco y, de forma general, el 50 % de los estudiados poseen un nivel de conocimientos alto para evitar las infecciones respiratorias. **Conclusiones:** La mayoría de los encuestados poseen un alto nivel de conocimientos para evitar las infecciones respiratorias. Sin embargo, los hábitos que se mantienen para prevenirlas son negativos en su mayoría.

Palabras clave: Enfermedad respiratoria; Niños; promoción de salud; prevención



ABSTRACT

Introduction: Acute respiratory infections are among the first three causes of morbidity and mortality in the general population. Knowing the elements to prevent them and maintaining appropriate habits to reduce their transmission is of vital importance for health personnel and individuals should also be aware of it. **Objective:** to identify knowledge about respiratory infections and habits to prevent these conditions. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study in a study population of 30 students in a sixth grade classroom from “Vado del Yeso Primary School” in the municipality of Las Tunas, May 2024. A survey with open - closed and multiple choice questions was applied. **Results:** There was a slight predominance of the female sex, for 53.3%, 70% obtained a good final grade the previous year. About the positive habits referred, the use of hand sanitizer prevailed for 56.7%. Regarding negative habits, 90% cover their mouth with their hands when they cough. In addition, 100% know to use the facemask and, in general, 50% of those studied have a high level of knowledge to avoid respiratory infections. **Conclusions:** Most of the respondents have a high level of knowledge to avoid respiratory infections. However, the habits that are maintained to prevent them are mostly negative.

Keywords: Respiratory disease; Children; health promotion; prevention



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Conocimientos sobre infecciones respiratorias y hábitos para evitar su transmisión

Katuska Tamayo Mariño*, Julio César Salazar Ramírez, Daymi Guerrero Cordero, Yordan González García, Anais Robert Larduet.

*Email: katyclaudia0411@gmail.com

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Identificar los conocimientos sobre enfermedades respiratorias y hábitos para prevenir las mismas.

MÉTODO/ METHOD

Estudio observacional, descriptivo, transversal en una población de estudio de 30 estudiantes de un aula de Sexto Grado de la Escuela primaria Vado del Yeso del municipio de Las Tunas mayo 2024. Se aplicó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas y de opción múltiple, previo consentimiento informado de los participantes.

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

La mayoría de los encuestados poseen un alto nivel de conocimientos para evitar las infecciones respiratorias, sin embargo los hábitos que se mantienen para prevenirlas son negativos en su mayoría. No hubo diferencia significativa entre las variables de hábitos positivos y negativos en relación con acudir a lugares con aglomeración de personas o no y si mantienen una distancia de al menos 2 metros o no cuando poseen síntomas respiratorios.

Tabla 3. Conocimientos para evitar la transmisión de enfermedades respiratorias

Conocimientos n=30	No.	%
Uso del nasobuco en lugares públicos	30	100
Mantener una distancia de al menos 2 metros	25	83,3
Cuando se tose usar el codo	24	80
No acudir a lugares en los que exista aglomeración	27	90
Desinfectar las superficies y manos con agua clorada o alcohol.	19	63,3
No visitar a otras personas si se está enfermo	22	73,3

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Chirinos-Saire Y, Reyna-García R, Aguilar-Huauya E, Santillán-Salas C. Virus respiratorios y características clínico-epidemiológicas en los episodios de infección respiratoria aguda. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2021;38(1):101-7. Disponible: doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6346>.
- Organización Mundial de la Salud. Aumento de las enfermedades respiratorias entre los niños –Norte de China 2023 Disponible: <https://www.who.int/es/emergencias/disease-outbreak-news/item/2023-DON494>
- Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2023 Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/Anuario-2022.pdf>

RESULTADOS/ RESULTS

Tabla 1. Distribución de pacientes por sexo y evaluación final del curso terminado

Promedio de notas n=30	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Excelente	1	3,3	2	6,7	3	10
Bien	10		11	36,7	21	70
Regular	2	6,7	3	10	5	17,7
Mal	1	3,3	-	-	1	3,3
Total	14	46,7	16	53,3	30	100

Tabla 2. Hábitos que poseen ante tipos de enfermedades respiratorias

Hábitos n=30	No.	%
Positivos		
Usa el nasobuco en lugares públicos	3	10
Usa desinfectante para manos	17	56,7
Estando con síntomas respiratorios no visita personas	8	26,7
No acude a lugares con aglomeración de personas	12	40
Mantiene una distancia de al menos 2 metros	13	43,3
Cuando tose usa el codo o un pañuelo desechable	3	10
Negativos		
A veces usa el nasobuco	26	86,7
Nunca usa el nasobuco	1	3,3
No usa desinfectante para manos ni otra sustancia con ese fin	13	43,3
Visita personas estando con síntomas respiratorios	22	73,3
Acude a cualquier lugar aunque hayan muchas personas	18	60
No mantiene la distancia	17	56,7
Se tapa la boca con la mano cuando tose	27	90



INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se encuentran entre las tres primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población general, y primera causa de mortalidad en menores de cinco años, principalmente en países en vías de desarrollo. Entre el 80% a 90% de las IRA son de causa viral, y de estas las infecciones de las vías respiratorias altas son las de mayor frecuencia. Las neumonías, por su parte, son las que representan un mayor problema para la salud pública.⁽¹⁾

Según los datos de vigilancia notificados a la red FluNet de la OMS y publicados por el Centro Nacional de Gripe de China, el síndrome pseudogripal estaba por encima de los niveles habituales para esta época del año y estaba aumentando en las provincias del norte. Las detecciones de gripe correspondieron principalmente a virus de los linajes A(H3N2) y B/Victoria.⁽²⁾

En Cuba se registró un número de defunciones, con una cifra de 25 211 casos por Influenza y neumonía, 6 726 por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, esto fue en el 2021. En el 2022, 10 317 fueron debido a influenza y neumonía y 4 233 por Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Las Tunas, por su parte en el 2021 reportó 1 016 de defunciones por Influenza y neumonía y 116 de Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. En el 2022 reportó 288 fallecidos por Influenza y neumonía y 132 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.⁽³⁾

Por otra parte, a nivel poblacional las medidas de mitigación que se han establecido, sobre en brotes de Covid 19 incluyeron normas de distanciamiento social, lavado frecuente de manos, cierre de actividades no esenciales y escuelas, restricción de viajes, cancelación de eventos públicos masivos y acceso limitado o restringido a espacios públicos.⁽⁴⁾

En este orden de ideas, la promoción de salud ha sido declarada, desde hace muchas décadas, como la estrategia principal de la atención primaria de salud, eslabón fundamental de cualquier sistema de salud, donde se deben solucionar la mayoría de los problemas del sector⁽⁵⁾ y aunque conocer no es sinónimo de hacer lo que se conoce, es el primer eslabón para modificar que debe ser modificado. Por lo tanto, los autores consideraron menester la realización de esta investigación con el objetivo de identificar los conocimientos sobre enfermedades respiratorias y hábitos para prevenir las mismas.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal en una población de estudio de 30 estudiantes de un aula de Sexto Grado de la Escuela primaria Vado del Yeso del municipio de Las Tunas mayo 2024. Se aplicó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas y de opción múltiple, previo consentimiento informado de los participantes.

Criterios de inclusión:

- Que los pacientes estudiados pertenecieran al grupo seleccionado
- Consentimiento informado, por escrito, de los padres o tutores del menor que participa en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes que tuvieran síntomas respiratorios aunque fuesen del grupo seleccionado.

Para desarrollar la investigación, se realizó una revisión bibliográfica del tema mediante un minucioso análisis de los aspectos más relevantes relacionados con las infecciones respiratorias, su prevención, epidemiología, diagnóstico, tratamiento, complicaciones reflejadas en la literatura en el medio cubano e internacional.

Se utilizó como técnica la revisión documental que incluyó la recogida de información a través de una encuesta confeccionada por los autores.



Variables:

1. Distribución de pacientes por sexo y evaluación final del año terminado
2. Hábitos que poseen ante tipos de enfermedades respiratorias y digestivas
3. Conocimientos para evitar las enfermedades respiratorias y digestivas.
4. Nivel de conocimientos para evitar la transmisión de enfermedades respiratorias y digestivas

La última variable, el nivel de conocimientos se clasificó en alto (más de 75 % de las respuestas correctas) medio (50-75 %) y bajo (menos del 60 %).

Se espera que las respuestas correctas sean:

Como hábitos y conocimientos requeridos para evitar transmisión de enfermedades respiratorias:

- Uso del nasobuco en lugares públicos
- Mantener una distancia de al menos 2 metros
- Cuando se tose se debe usar el codo o un pañuelo desechable
- No acudir a lugares con aglomeración de personas
- Desinfectar las superficies y manos con agua clorada o alcohol
- No visitar a otras personas si se está enfermo.

Para el procesamiento de la información obtenida fueron incluidos los registros en una base de datos en Microsoft Excel, se presentaron en tablas y para su descripción se mostraron los resultados en porcentos.

Consideraciones éticas

Al realizar la investigación hemos mantenido el secreto profesional; la garantía de anonimato y la confidencialidad de sus resultados. Además, el protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aceptados por el comité de ética de la institución y los participantes respectivamente.

RESULTADOS

Como se muestra en la tabla 1 hubo un ligero predominio del sexo femenino, para un 53,3 % y la mayoría de los estudiantes, 70 %, obtuvieron una calificación de bien como nota final del año terminado.

Tabla 1. Distribución de pacientes por sexo y evaluación final del curso terminado

Promedio de notas n=30	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Excelente	1	3,3	2	6,7	3	10
Bien	10		11	36,7	21	70
Regular	2	6,7	3	10	5	17,7
Mal	1	3,3	-	-	1	3,3
Total	14	46,7	16	53,3	30	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 2 se evidencian los hábitos positivos, de los cuales el que más se reportó fue el uso de desinfectante de manos, para un 56,7 %. En relación con los hábitos negativos el 90 % se tapa la boca con la mano cuando tose.



Tabla 2. Hábitos que poseen ante tipos de enfermedades respiratorias

Hábitos n=30	No.	%
Positivos		
Usa el nasobuco en lugares públicos	3	10
Usa desinfectante para manos	17	56,7
Estando con síntomas respiratorios no visita personas	8	26,7
No acude a lugares con aglomeración de personas	12	40
Mantiene una distancia de al menos 2 metros	13	43,3
Cuando tose usa el codo o un pañuelo desechable	3	10
Negativos		
A veces usa el nasobuco	26	86,7
Nunca usa el nasobuco	1	3,3
No usa desinfectante para manos ni otra sustancia con ese fin	13	43,3
Visita personas estando con síntomas respiratorios	22	73,3
Acude a cualquier lugar aunque hayan muchas personas	18	60
No mantiene la distancia	17	56,7
Se tapa la boca con la mano cuando tose	27	90

Fuente: Encuesta

Se aprecia en la tabla 3 que el 100 % conoce que debe usar el nasobuco, seguido por el 90 % de quienes conocen que no deben acudir a lugares con aglomeración de personas.

Tabla 3. Conocimientos para evitar la transmisión de enfermedades respiratorias

Conocimientos n=30	No.	%
Uso del nasobuco en lugares públicos	30	100
Mantener una distancia de al menos 2 metros	25	83,3
Cuando se tose se debe usar el codo o un pañuelo desechable	24	80
No acudir a lugares con aglomeración de personas	27	90
Desinfectar las superficies y manos con agua clorada o alcohol.	19	63,3
No visitar a otras personas si se está enfermo	22	73,3

Fuente: Encuesta

En la tabla 4 queda representado que el 50 % de los participantes en el estudio poseen un nivel de conocimientos alto para evitar las enfermedades respiratorias.



Tabla 4. Nivel de conocimientos para evitar la transmisión de enfermedades respiratorias y digestivas

Nivel de conocimientos n=30	Alto		Medio		Bajo	
	No	%	No	%	No	%
Enfermedades respiratorias	15	50	12	40	3	10

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

La investigación realizada aunque sencilla según el tipo de investigación denota novedad del mismo al tratarse de una temática que no ha sido abordada al menos en artículos publicados, al menos con personas de cualquier grupo etareo y sexo y mucho menos con adolescentes que no fuesen madres.

En la tabla 1 se refiere a hábitos que poseen ante tipos de enfermedades respiratorias, se difiere con los resultados mostrados en un estudio retrospectivo en Lima, Perú donde predominó que de 61 % de personas con IRA, 31, 8 % fueron del sexo masculino.⁽⁶⁾ De igual manera otro estudio en el que se caracterizaron pacientes con CoVid 19 fue afectado predominantemente el sexo masculino 52,7%.⁽⁷⁾

En relación con los hábitos que practican las personas adolescentes para prevenir las IRA (tabla 2) no se encontró información al respecto, pero un estudio mostro cierta similitud al referirse a que cuando la lactancia materna exclusiva del niño es inadecuada, el 79,6% de los niños participantes padecen de IRA mientras que cuando la lactancia materna exclusiva del niño es adecuada, el 72,4% de los niños participantes no la tienen.⁽⁸⁾

Se evidencia en la tabla 3 que a explorar los conocimientos para evitar la transmisión de enfermedades respiratorias el 100 % reconoce el Uso del nasobuco en lugares públicos, seguido de que el 80 % conoce que cuando se tose se debe usar el codo o un pañuelo desechable. Siguiendo este orden de ideas, es imprescindible conceder prioridad al uso del nasobuco en lugares que impliquen riesgos de contagio, sobre todo por parte de las personas vulnerables. De igual manera, reiteramos que no se debe acudir al trabajo, la escuela o eventos sociales si se presentan síntomas respiratorios.⁽⁹⁾

También, dentro de las medidas generales de higiene para evitar el contagio de la enfermedad CoVid 19 y que son de utilidad en cualquier síntoma respiratorio encuentran:

- Lávese las manos frecuentemente usando agua y jabón, frotando bien las manos.
- Utilice una solución de hipoclorito de sodio al 0,01% después del lavado de las manos o un gel de manos sobre todo de base de alcohol si dispone de este y para la desinfección de superficies al 0,5%.
- Cubra la boca y la nariz con un pañuelo o el codo flexionado al toser o estornudar.
- Utilizar mascarillas faciales o nasobucos en lugares sin posibilidad de distanciamiento.⁽¹⁰⁾

Por otra parte, se han realizado estudios en los cuales se ha explorado el nivel de conocimientos de las madres de niños menores de cinco años y de ellas el 73,6 tenían conocimientos insuficientes sobre factores de riesgo de las IRA.⁽¹¹⁾ Otro estudio denotó que las prácticas en los cuidadores respecto a iras fueron incorrectos.⁽¹²⁾ En



el presente estudio se identificó que el 50 % de los participantes en el estudio poseen un nivel de conocimientos alto para evitar las enfermedades respiratorias (tabla 4). Además, se encontró un estudio con adolescentes pero a los cuales se les evaluó los conocimientos sobre riesgo preconcepcional (RPC) y en adolescentes femeninas con vida sexual activa cuyo evaluación fue de mal en su totalidad.⁽¹³⁾

CONCLUSIONES

La mayoría de los encuestados poseen un alto nivel de conocimientos para evitar las infecciones respiratorias, sin embargo los hábitos que se mantienen para prevenirlas son negativos en su mayoría. No hubo diferencia significativa entre las variables de hábitos positivos y negativos en relación con acudir a lugares con aglomeración de personas o no y si mantienen una distancia de al menos 2 metros o no cuando poseen síntomas respiratorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chirinos-Saire Y, Reyna-García R, Aguilar-Huauya E, Santillán-Salas C. Virus respiratorios y características clínico-epidemiológicas en los episodios de infección respiratoria aguda. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. [Internet]2021;38(1):101-7. [citado 4 de octubre 2024] Disponible: doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6346>.
2. Organización Mundial de la Salud. Aumento de las enfermedades respiratorias entre los niños –Norte de China[Internet] 2023 [citado 4 de octubre 2024] Disponible: <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON494>
3. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; [Internet] 2023 [citado 14 Nov 2023]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/Anuario-2022.pdf>
4. Medina C, Chavira J, Aburto T, Nieto C, Contreras-Manzano A, Segura L, Jáuregui A, Barquera S. Rapid review: evidence of Covid-19 transmission and similar acute respiratory infections in open public spaces. *Rev Salud Pública Mex*. [Internet]2021;63:232-241. [citado 4 de octubre 2024] Disponible: <https://doi.org/10.21149/11827>
5. Torres Lebrato Levin, Martínez Paradela Tania, Torres Lebrato Lay, Vicente Portales Zenaida. Promoción y educación para la salud en la prevención de las infecciones respiratorias agudas. *Rev Humanidades Médicas*. [Internet]2018 [citado 4 de octubre 2024] Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000100011
6. Daniel Angel Córdova Sotomayor; Clara Guadalupe Chávez Bacilio; Elisabet Winiferson Bermejo Vargas; Ximena Nicole Jara Corahua; Flor Benigna Santa Maria Carlos. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. *Rev Horiz Med (Lima)* [Internet]2020 [citado 4 de octubre 2024] Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100054
7. Jacno Erik Ferrer Castro, Ernesto Sánchez Hernández, Abel Poulout Mendoza, Germán del Río Caballero, Daicy Figueredo Sánchez. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes confirmados con la COVID-19 en la provincia de Santiago de Cuba. *Rev MEDISAN* [Internet]2020 [citado 4 de octubre 2024] Disponible: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3145>
8. Alvarado Zuñiga CR, Suárez Dueñas VL, Gutierrez Latoche EA, Mendoza López AD. Factores medioambientales asociados a Infecciones Respiratorias en niños menores de 5 años que acuden al Hospital de Barranca. *Ágora Rev. Cient.* [Internet] 2021; 08(02): 33-39. [citado 4 de octubre 2024] Disponible: DOI: <https://doi.org/10.21679/arc.v8i2.216>
9. Portal Miranda J. La COVID-19 no ha desaparecido: debemos continuar cumpliendo las medidas diseñadas para su contención [Internet] 2023. [citado 4 de octubre 2024] Disponible:



<https://salud.msp.gob.cu/la-covid-19-no-ha-desaparecido-debemos-continuar-cumpliendo-las-medidas-disenadas-para-su-contencion/>

10. Ministerio de Salud Pública de Cuba: estrategia e indicaciones [Internet] 2022. [citado 4 de octubre 2024] Disponible: <https://temas.sld.cu/coronavirus/covid-19/minsap-estrategia-e-indicaciones/>
11. Pardias Izaguirre Y, García Oñate B, Alonso Cordero M. Conocimientos sobre factores de riesgo de infecciones respiratorias en madres de menores de cinco años. Revista Electrónica Rev Medimay [Internet] 2023 [citado 4 de octubre 2024] Disponible: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1743>
12. Lagarza Moreno A, Ojendiz Hernández M, Pérez Mijangos L, Juanico Morales G. Nivel de conocimiento sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de cinco años en una unidad de medicina familiar. [Internet] [citado 4 de octubre 2024] Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2019/af191d.pdf>
13. González-García Y, Alomá-Magariños OI, Hidalgo-Ávila E, Robert-Larduet A. Conocimientos sobre riesgo preconcepcional en adolescentes con vida sexual activa. Rev Méd Electrón [Internet]. 2024. [citado 4 de octubre 2024];46:e5585. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5585/5862>



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: Proceso salud enfermedad en infantes de cuarto año de vida en un círculo infantil

Autor/es: Daymi Guerrero Cordero, Katuska Tamayo Mariño, Orquídea Isabel Alomá Magariños, Yordan González García, Anais Robert Larduet

Centro de Trabajo: Policlínico “Aguiles Espinosa Salgado”. Las Tunas, Cuba

Mail de todos los autores: guerreroorderodaymi@gmail.com, katyclaudia0411@gmail.com, orquideaisabelalomamagarinos@gmail.com, doctor020580@gmail.com, robertlarduetanais@gmail.com

Autor para la correspondencia Email: guerreroorderodaymi@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el proceso salud enfermedad es un estado dinámico de transición y depende de las concepciones que tenga una persona de qué considera una cosa u otra. Sin embargo, la primera infancia es una etapa de vital importancia en el desarrollo de este proceso con las consecuencias que puede acarrear.

Objetivo: describir cómo ha transcurrido el proceso salud enfermedad en los infantes de cuarto año de vida de un círculo infantil. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en niños de cuarto año de vida del círculo infantil “Constructores del 2000” durante el periodo mayo-julio del 2024. El universo estuvo constituido por 30 niños, coincidiendo con la muestra objeto de la investigación. **Resultados:** el 73, 3 % de los estudiados normopeso, el 53, 3 % es del sexo femenino y predominó el color blanco de la piel para un 63, 3 %. Además, hubo predominio de aquellos cuyo parto fue a término (96, 7 %), el 90 % fue normopeso al nacer y el 60 % nació por parto eutócico, el 53, 3 % pertenecen al grupo II con riesgo de accidentes en el hogar. Sólo el 1 % de los niños necesitaron certificado médico por enfermedades como resfriado común y síndrome febril inespecífico. **Conclusiones:** Predominaron las féminas y el color blanco de la piel, grupo dispensarial II. La mayoría nacieron normopeso y aún mantienen bien su peso corporal, nacidos por parto eutócico predominantemente. De forma general, la minoría necesitó certificado médico.

Palabras clave: infantes; proceso salud enfermedad; consecuencias para la salud



ABSTRACT

Introduction: the disease health process is a dynamic state of transition and depends on a person's conceptions regarding one thing or another. However, early childhood is a vital stage in the development of this process with its consequences. **Objective:** to describe how the health disease process has passed in the fourth year of life from a kindergarten. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional and prospective study of children in the fourth year of life from "Constructores del 2000" kindergarten during the period May-July, 2024. The universe consisted of 30 children, coinciding with the sample under investigation. **Results:** 73, 3% of the normal weight studied, 53, 3% were female and the skin color was white for 63.3%. In addition, there was a predominance of full-term birth (96, 7%), 90% were normal weight at birth and 60% were born by eutocic delivery, 53, 3 % belong to risk group II of home accidents. Only 1% of the children needed a medical certificate for diseases such as the common cold and non-specific febrile syndrome. **Conclusions:** Females prevailed and white skin, dispensary group II. Most were normal weight born and still maintain their body weight well, predominantly born by eutocic delivery. Generally, just a minority needed a medical certificate.

Keywords: infants; health disease process; health consequences



INTRODUCCIÓN

Es en 1946, cuando la OMS define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades" (Guardian M. Promoción de la Salud. Discurso de la viceministra de la Salud de Nicaragua en el Día Mundial de la Salud. Managua; 2002).⁽¹⁾

La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que ser humano tenga sobre su padecimiento las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar.⁽²⁾ Las investigaciones sobre qué entender por proceso salud enfermedad y sus paradigmas explicativos han sido objeto del pensamiento médico desde el surgimiento del capitalismo, sin embargo, los estudios sobre cómo es interpretado el mismo dentro de determinados marcos teóricos son propios de la filosofía de la medicina como la filosofía de la ciencia médica, y puede decirse son relativamente recientes.⁽³⁾

En el transcurso del proceso salud enfermedad resulta importante el diagnóstico precoz de complicaciones en una persona consciente de su padecimiento, con la finalidad de mejorar su situación epidemiológica y clínica.⁽⁴⁾

En este sentido, los padres y los sistemas educacionales como los círculos infantiles detectan en la infancia alteraciones precozmente, a través del cumplimiento de los objetivos educacionales del segundo ciclo de vida. Con ellos se pretende: Mantener un estado emocional alegre y activo del niño, que asimile sencillas normas sociales, que muestre sentimientos de amor hacia su familia, establezca relaciones positivas con los adultos y demás niños, se regule su comportamiento por medio del lenguaje, asimile hábitos alimentarios y coma solo e incorpore hábitos higiénicos culturales y de validismo.⁽⁵⁾

La niñez, por su parte, es una época de crecimiento y cambios rápidos. Los niños tienen controles pediátricos de niños sanos con mayor frecuencia, en los cuales se verifica el crecimiento y desarrollo del niño pequeño con el fin de encontrar o prevenir problemas. Incluso, si su hijo está saludable, los controles del niño sano son un buen momento para enfocarse en el bienestar de su hijo y prevenir problemas ayuda a mantener a su hijo saludable.⁽⁶⁾

Los primeros años de vida en el [niño](#) es un cambio continuo. Saber reconocer qué es lo común a cada edad de los más pequeños, permitirá que los [padres](#) reconozcan posibles problemas en sus hijos.⁽⁷⁾ En tal sentido, una de las causas del alto número de infecciones en la infancia se debe a la inmadurez del sistema inmunitario.⁽⁸⁾

Al no encontrarse estudios al menos en el área donde se encuentra inmersa el círculo infantil, en relación con el proceso salud enfermedad en los infantes del cuarto año de vida, y constituir una etapa propicia para la aparición de enfermedades, se decidió realizar esta investigación con el objetivo de describir cómo se desarrolló el proceso salud enfermedad en los infantes de cuarto año de vida que radican en el lugar y período definido.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo en niños de cuarto año de vida del círculo infantil "Constructores del 2000" perteneciente al municipio de Las Tunas, Cuba, durante el período mayo-julio 2024. El universo estuvo constituido por 30 niños, coincidiendo con la muestra objeto de la investigación. La selección de la muestra fue a través de un muestreo no probabilístico intencional. Además, se entrevistó a la enfermera del círculo infantil, se revisaron los archivos de certificados médicos así como las historias clínicas individuales de los niños participantes en la investigación. También, se solicitó consentimiento informado de los padres y de la directora de la institución.

Criterios de inclusión:

- Consentimiento informado, por escrito, de los padres o tutores del menor que participa en el estudio



Criterios de exclusión:

- Hijos de padres o tutores que estén en desacuerdo a participar.

Variables:

1. Distribución de infantes acorde al estado nutricional (desnutrido, delgado, normopeso, sobre peso, obeso), sexo (masculino y femenino) y color (Blanco, mestizo y negro).
2. Datos relacionados con el nacimiento: edad gestacional (Pretérmino y a término), tipo de parto (Eutócico y distócico) y peso al nacer (Bajo peso, normo peso y Macrosómico).
3. Distribución de pacientes pertenecientes al grupo dispensarial (de acuerdo con acorde las enfermedades o riesgos referidos en la historia clínica o detectadas por los investigadores).
4. Número de pacientes con certificados médicos según las enfermedades que ameritan reposo.

Para el procesamiento de la información obtenida fueron incluidos los registros en una base de datos en Microsoft Excel, se presentaron en tablas y para su descripción se mostraron los resultados en porcentos.

Consideraciones éticas

Al realizar la investigación hemos mantenido el secreto profesional; la garantía de anonimato y la confidencialidad de los resultados. Además, el protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aceptados por el comité de ética de la institución y los participantes respectivamente.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra que el 73, 3 % de los estudiados acorde al estado nutricional actual es normopeso, el 53, 3 % es del sexo femenino y predominó el color blanco de la piel para un 63, 3 %.

Tabla 1. Distribución de infantes acorde a estado nutricional y sexo, color

Variables	No.	%
Estado nutricional		
Desnutrido	1	1
Delgado	1	1
Normopeso	22	73, 3
Sobrepeso	3	10
Obeso	3	10
Sexo		
Masculino	14	46, 7
Femenino	16	53, 3
Color		
Blanco	19	63, 3
Mestizo	10	33, 3
Negro	1	1

Fuente: Historia clínica individual



Se aprecia en la tabla 2 que en relación con los datos relacionados con el nacimiento predominó el parto a término (96, 7 %), el 90 % fue normopeso al nacer y el 60 % nació por parto eutócico.

Tabla 2. Datos relacionados con el nacimiento: edad gestacional, tipo de parto y peso al nacer

Variables	No.	%
Edad gestacional		
Pretérmino	1	1
A término	29	96, 7
Peso al nacer		
Normopeso	27	90
Macrosómico	3	10
Tipo de parto		
Eutócico	18	60
Distócico	12	40

Fuente: Historia clínica individual

De acuerdo con la distribución de pacientes con riesgo o enfermedad, según grupo dispensarial, fue apreciable que el 53,3 % pertenecen al grupo II, presentando riesgo de accidentes en el hogar. En el grupo III predominaron las enfermedades alérgicas, para un 20 %.

Tabla 3. Distribución de pacientes con riesgo o enfermedad según grupo dispensarial

Enfermedad o riesgo	Grupo dispensarial			
	Grupo I n=16		Grupo III n= 14	
	No.	%	No.	%
Riesgo de accidentes	16	53, 3	-	-
Dermatológicas	-	-	1	1
Alérgicas	-	-	6	20
Síndrome febril inespecífico	-	-	1	1
Respiratorias de etiología no alérgica	-	-	1	1
Neurológicas	-	-	2	6, 7
Cardiovasculares	-	-	1	1
Obesidad	-	-	2	6, 7
Alteraciones de la salud bucal	-	-	2	6, 7
Otras	-	-	2	6, 7

Fuente: Historia clínica individual

En la tabla 4 se observa que solo el 1 % de los niños necesitaron certificado médico de reposo, por presentar enfermedades como resfriado común y síndrome febril inespecífico.



Tabla 4. Necesidad de certificados médicos según las enfermedades que ameritan reposo.

Enfermedades	Certificados médicos	
	No.	%
Resfriado común	1	1
Síndrome febril inespecífico	1	1

Fuente: Historia clínica individual

DISCUSIÓN

Existe una serie de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Uno de estos son los relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.⁽⁹⁾ En este sentido, se encontró en la presente investigación que el 53, 3 % es del sexo femenino y predominó el color blanco de la piel para un 63, 3 % (Tabla 1). Sobre el color de la piel, el 80 % de las organizaciones indígenas y campesinas como cañaris tucayta reconocen el color de la piel como una forma de diagnosticar las enfermedades.⁽¹⁰⁾

Por otro lado, el 73, 3 % de los estudiados, luego de pesados y tallados y teniendo en cuenta los valores de las tablas de valoración nutricional, se encuentran normopesos, Los autores consideran que es un elemento positivo que contribuye a retardar la aparición de enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial.

En relación con la información sobre el nacimiento (Tabla 2), hubo predominio de aquellos cuyo parto fue a término (96, 7 %), el 90 % fue normopeso al nacer y el 60 % nació por parto eutócico, el 53, 3 %, resultados que difieren con un estudio sobre complicaciones materno-fetales en gestantes obesas del municipio Artemisa en el 2016, en el cual se reportó que 34, 08 % presentó bajo peso al nacer, 11, 73% macrosomía y 37, 43 % de los recién nacidos fueron pretérmino.⁽¹¹⁾

Como se observa en la tabla 3 el 53, 3 % pertenecen al grupo II con riesgo de accidentes en el hogar. En este grupo, según un información del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, recolectada durante 2016-2019 en México, fue frecuente la disponibilidad y el almacenamiento inadecuado de sustancias potencialmente tóxicas (id est. compra de productos tóxicos a granel, productos tóxicos envasados sin tapa de seguridad), así como el acceso físico a enchufes eléctricos sin protección. Algunos de estos elementos se encuentran en los hogares de los niños del presente estudio.⁽¹²⁾

Por otra parte, el 46,7 % de los pacientes fueron dispensarizados en el grupo III, dentro de los que se destacan las enfermedades alérgicas para un 20 %. Sin embargo, difiere de un estudio en Lima, Perú en el cual únicamente el 0,2 % fue portador de asma bronquial.⁽¹³⁾

En la tabla 4 se muestran aquellos factores o enfermedades donde se prescribió certificado médico de reposo. Este es el único documento acreditativo de invalidez temporal para el trabajo, al efecto del otorgamiento de las prestaciones monetarias establecidas en el régimen de seguridad social, así como es el documento valedero para acreditar el estado de salud de un paciente⁽¹⁴⁾, en este caso de niños, y justificaría a sus madres la ausencia al trabajo.

Sólo el 1 % de los niños en la investigación necesitaron certificado médico por enfermedades como resfriado común y síndrome febril inespecífico. A consideración de los autores, se presentaron pocos certificados, si se tiene en cuenta que un niño entre el primer y quinto año de vida desarrolla, como promedio, entre tres y siete episodios cada año.⁽¹³⁾



En este orden de ideas, debido a la fácil transmisión de la infección respiratoria aguda (IRA) es importante promover acciones encaminadas a la prevención de estas enfermedades tales como evitar el contacto con personas con gripe, mantener el uso de tapabocas y las manos limpias.⁽¹⁵⁾

Por su supuesto, el reposo médico debe indicarse a todo paciente con afección respiratoria, eliminar criaderos y no retrasar la consulta ante síntomas de dengue como causa de síndrome febril inespecífico.⁽¹⁶⁾

CONCLUSIONES

Predominaron las féminas y el color blanco de la piel, grupo dispensarial II. La mayoría nacieron normopeso y aún mantienen bien su peso corporal, nacidos por parto eutócico predominantemente. De forma general, la minoría necesitó certificado médico.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mercedes F. Concepto de Salud y Enfermedad. [en línea] 2013 [citado 12/07/2024]. Disponible en: <https://ifdcsanluis-slu.infed.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/Concepto%20de%20Salud%20y%20Enfermedad.pdf>
2. Mónica Sacchi, margarita Hausberger, Adriana pereyra. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. [en línea] 2007 [citado 12/07/2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005
3. Aguirre del Busto R, Macías Llanes M. Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. [en línea] 2002 [citado 12/07/2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100001
4. Cotonierto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. JONNPR. [en línea] 2021; 6(2):393-410. DOI: 10.19230/jonnpr.3816
5. Ministerio de Educación de la República de Cuba. Adaptaciones curriculares para el curso escolar 2020-2021. Educación de la primera infancia. [en línea] 2020 [citado 12/07/2024]. Disponible en: <https://www.mined.gob.cu/wp-content/uploads/2020/10/Primera-Infancia.pdf>
6. Neil K. Kaneshiro, Seattle, WA. David C. Dugdale. Control del niño sano.2023 [citado 12/07/2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001928.htm>
7. Segundo año de vida del niño, los cambios más sorprendentes.2022 [en línea] [citado 12/01/2023]. Disponible en: <https://www.hacerfamilia.com/ninos/segundo-ano-vida-nino-cambios-llegan-20180608124422.html>
8. Navia E. El ABC de las enfermedades infantiles más habituales .Infecciones infantiles frecuentes. [en línea] 2019 [citado 2/10/2023]. Disponible en: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/infecciones-infantiles-frecuentes/>
9. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Rev Revista Acta Med Per. [revista en línea] 2011 [citado 2/10/2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
10. Alulema Pichasaca, R. Concepción de la salud-enfermedad desde la visión cosmogonía Cañari. Rev Cienc Salud. [revista en línea]2020;18(Especial):1-16. [citado 2/10/2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9215>
11. Álvarez Gavilán Y, Vital Riquenes E, Fujishiro Vidal L. Complicaciones materno-fetales en gestantes obesas del municipio Artemisa. Revista Cubana de Medicina General Integral. [revista en línea] 2023. [citado 2/10/2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252023000100009
12. Vera-López JD, Hidalgo-Solórzano E, Pérez-Núñez R. Riesgos de accidentes en el hogar: factores asociados y su efecto sobre la ocurrencia de accidentes en grupos vulnerables. Salud Pública Mex. [revista en línea]2022;64:196-208. [citado 2/10/2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/12971>
13. Daniel Angel Córdova Sotomayor; Clara Guadalupe Chávez Bacilio; Elisabet Winiferson Bermejo Vargas; Ximena Nicole Jara Ccorahua; Flor Benigna Santa Maria Carlos. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. Horiz Med (Lima) [revista en línea] 2020[citado 2/10/2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100054
14. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No. 176 de 1989 [en línea] 1989 [citado 2/10/2023]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/uploads/2019/02/RM_176_1989.pdf.



15. Muñoz Muñoz C, Dueñas Basurto V, Castro Anchundia J, Holguín Martinetti G. Descripción y análisis de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Pol. Con. (Edición núm. 58) Vol. 6, No 9 Septiembre [revista en línea] 2021. [citado 2/10/2023]. Disponible en: DOI:10.23857/pc.v6i9
16. Ministerio de Salud Pública y Bienestar social Paraguay. Eliminar criaderos y no retrasar consulta ante síntomas de dengue [en línea] 2024 [citado 2/10/2023]. Disponible en: <https://ww.mspbs.gov.py/portal/30559/eliminar-criaderos-y-no-retrasar-consulta-ante-sintomas-de-dengue.html>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: CURSO DE SAÚDE ESCOLAR PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Autor/es: Cláudia Bacatum; Andreia Costa; Edmundo Sousa

Centro de Trabajo: (ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Mail de todos los autores: claudia.bacatum@esel.pt; andrea.costa@esel.pt; jesousa@esel.pt

Resumen:

INTRODUÇÃO:

A Saúde Escolar assume-se como um conjunto de políticas, programas e práticas para a capacitação do bem-estar e qualidade de vida da comunidade escolar contribuído assim, para uma melhor saúde e educação, através da responsabilização dos alunos(as), professores, outros profissionais e famílias na qualidade de vida, respondendo aos objetivos de desenvolvimento sustentável (3) *Saúde e Bem-Estar* e (4) *Educação de Qualidade*. Os profissionais de Enfermagem assumem um papel de promotores de saúde capacitando a comunidade escolar para a mudança ativa de comportamentos, enaltecendo as competências, no sentido de aumentar a probabilidade de existir um compromisso para a ação, diminuindo a perceção dos obstáculos para a adoção de comportamentos de saúde.

OBJETIVOS: Desenvolver um curso de saúde escolar para profissionais de enfermagem no sentido de reconhecer os conceitos e princípios da Saúde Escolar, Identificar a importância da literacia em saúde como área prioritária em Saúde Escolar e Analisar a diversidade multicultural em Saúde Escolar.

METODOLOGIA: Estratégias pedagógicas centradas nos participantes, com recurso a formação reflexiva, análise das práticas, sustentada na evidência científica estruturado em 10 Horas distribuídas por 4 sessões.

RESULTADOS: O programa do curso foi estruturado em 4 componentes: Saúde Escolar: conceitos e princípios; Literacia em saúde como área prioritária em Saúde Escolar; Saúde Escolar e a diversidade multicultural na escola e Projetos de promoção da saúde em Saúde Escolar. Os participantes foram 22 Profissionais de Enfermagem. A avaliação revelou que maioria dos participantes avaliou globalmente o curso como muito bom (33,3%) e bom (33,3%). No que respeita à qualidade do curso 41,7% dos participantes consideraram o curso bom e 25% muito bom. No que respeita à utilidade dos conteúdos para a melhoria da sua prática a maioria dos participantes considerou como muito boa (33,3%) e boa (33,3%).

REFERÊNCIAS

DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Norma nº 015/2015 de 12/08/2015.

Fialho, A. (Coord.). (2022). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2022. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)

Freitas, M.G.; Costa, A.S.; Santos, B.; Arriaga, M.T. (Coord.) (2019). Manual de Boas Práticas: Capacitação dos Profissionais de Saúde.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

CURSO DE SAÚDE ESCOLAR PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Cláudia Bacatum (claudia.bacatum@esel.pt); Andreia Costa; Edmundo Sousa
(ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Capacitar os profissionais de Enfermagem para a coordenação e implementação de projetos em Saúde Escolar

REVISIÓN/ REVIEW

1. INTRODUÇÃO:

A Saúde Escolar assume-se como um conjunto de políticas, programas e práticas para a capacitação do bem-estar e qualidade de vida da comunidade escolar contribuindo assim, para uma melhor saúde e educação, através da responsabilização dos alunos(as), professores, outros profissionais e famílias na qualidade de vida, respondendo aos objetivos de desenvolvimento sustentável (3) *Saúde e Bem-Estar* e (4) *Educação de Qualidade*. Os profissionais de Enfermagem assumem um papel de promotores de saúde capacitando a comunidade escolar para a mudança ativa de comportamentos, enaltecendo as competências, no sentido de aumentar a probabilidade de existir um compromisso para a ação, diminuindo a perceção dos obstáculos para a adoção de comportamentos de saúde.

2. OBJETIVOS

- Reconhecer os conceitos e princípios da Saúde Escolar;
- Identificar a importância da literacia em saúde como área prioritária em Saúde Escolar;
- Analisar a diversidade multicultural em Saúde Escolar.

3. PROGRAMA

- Saúde Escolar : conceitos e princípios
- Literacia em saúde como área prioritária em Saúde Escolar
- Saúde Escolar e a diversidade multicultural na escola
- Projetos de promoção da saúde em Saúde Escolar

4. METODOLOGIA

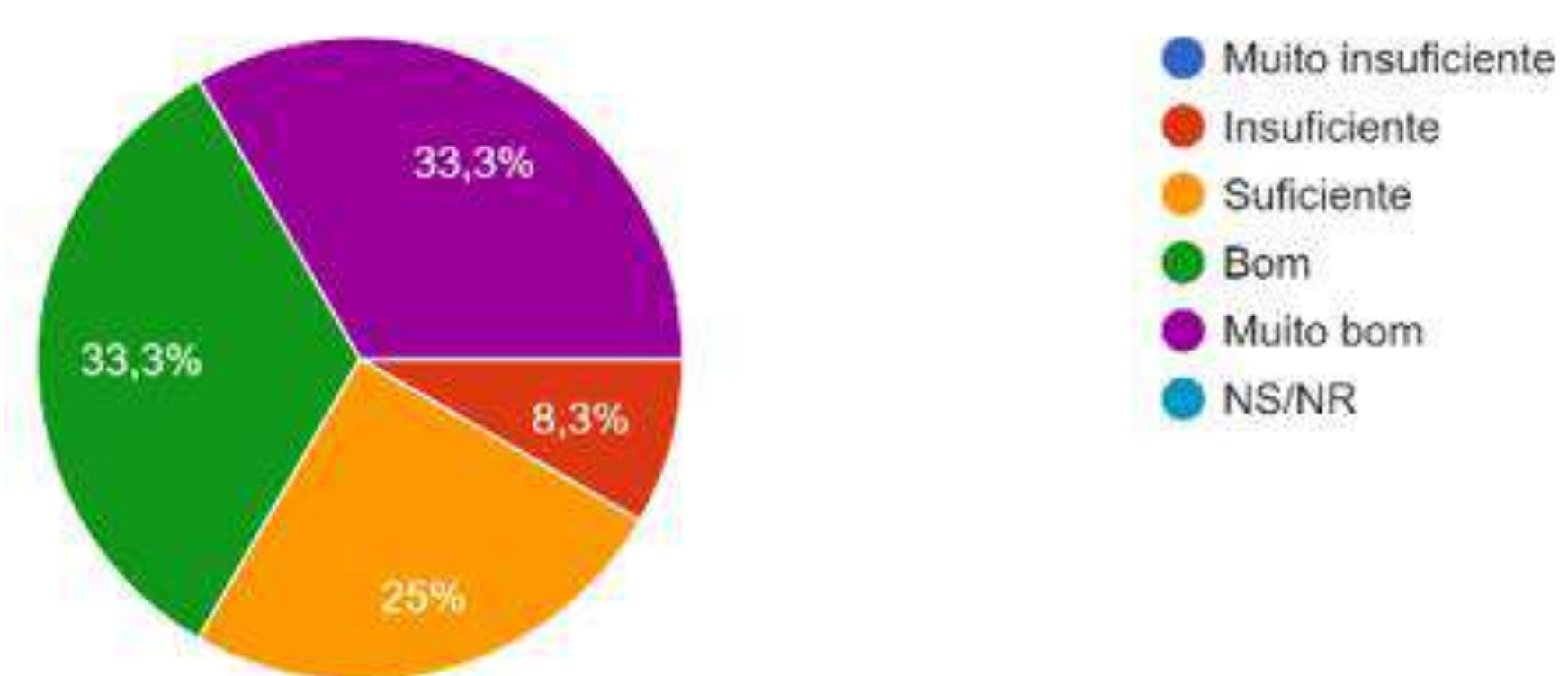
Estratégias pedagógicas centradas nos participantes, com recurso a formação reflexiva, análise das práticas, sustentada na evidência científica (10 Horas /4 sessões)

5. PARTICIPANTES

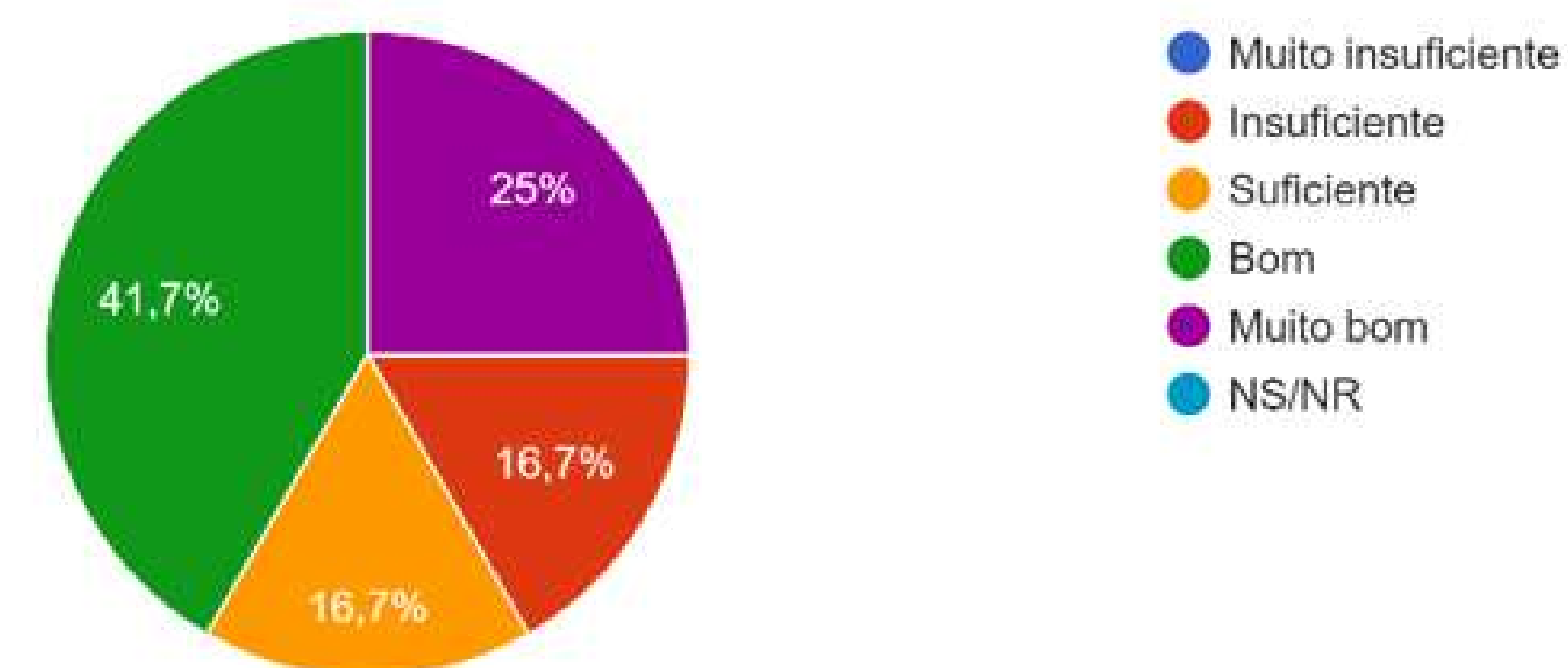
22 Profissionais de Enfermagem

6. AVALIAÇÃO DO CURSO

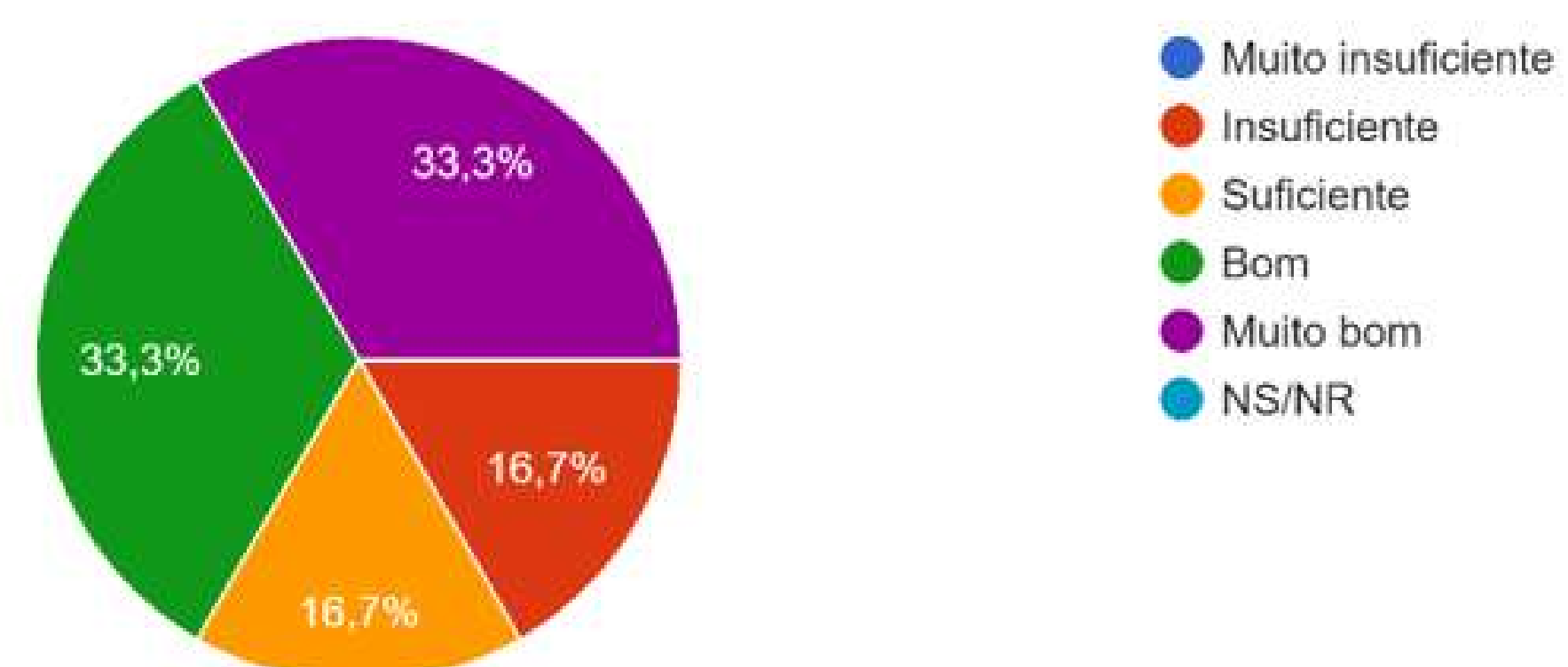
Avaliação global do Curso



Qualidade do Programa



Utilidade dos Conteúdos para a Melhoria da Prática



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Investir na formação em Saúde Escolar, permite aos profissionais de Enfermagem coordenarem e implementarem projetos de promoção de saúde na escola, em parceria com outros profissionais e recursos comunitários. A realização deste curso demonstrou o elevado interesse e necessidade de formação em Saúde Escolar pelos profissionais de enfermagem.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Norma nº 015/2015 de 12/08/2015.
Fialho, A. (Coord.). (2022). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2022. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)
Freitas, M.G.; Costa, A.S.; Santos, B.; Arriaga, M.T. (Coord.) (2019). Manual de Boas Práticas: Capacitação dos Profissionais de Saúde.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: Adolescentes e jovens face às infeções sexualmente transmissíveis: uma scoping review

Autor/es: Carmen Cunha, Cláudia Bacatum

Centro de Trabajo: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL, Lisboa, Portugal

Mail de todos los autores: carmencunha@campus.esel.pt, claudia.bacatum@esel.pt

Resumo:

Introdução: O conhecimento sobre as infeções sexualmente transmissíveis (IST) e os adolescentes, motivou a realização de uma scoping review, para o mapeamento das evidências disponíveis. Segundo a OMS¹, a adolescência é a fase da vida que se situa entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos. Justifica-se promover a saúde escolar, na dimensão da literacia em saúde sexual dos adolescentes. **Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível relativa às IST e adolescentes. **Metodologia:** Seguiu-se a do The Joanna Briggs Institute^{2,3}, nas bases de dados RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal), B-On (Biblioteca do Conhecimento Online), PUBMED (National Library of Medicine) e CINAHL Ultimate (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), via EBSCO. A questão de revisão foi desenhada através da mnemónica PCC para scoping review, sendo os participantes “adolescentes”, conceito, “infeções” e contexto, “sexualmente transmissíveis”, o que nos levou à questão de revisão: qual a evidência publicada sobre IST e adolescentes. Para responder ainda às questões: qual a evidência publicada sobre o conhecimento de IST pelos adolescentes; qual a evidência publicada sobre as atitudes e comportamentos dos adolescentes face às IST. Definimos como critérios de inclusão, todos os estudos que incluía IST e adolescentes, sem exclusões por género, etnia ou outras características pessoais, independentemente da localização geográfica, publicados nos últimos 5 anos (2019 a 2024). **Resultados:** Dos 597 estudos identificados nas bases de dados referidas, foram selecionados 22, através da aplicação dos critérios de inclusão. Vários estudos portugueses destacam o desconhecimento dos adolescentes sobre IST^{4,5,6,7}. O que é reforçado por um estudo realizado em Espanha, que põe em destaque que todos os dias aumenta o número de pessoas que contraem IST, sendo a situação mais preocupante entre os adolescentes, gerando problemas de saúde sexual e reprodutiva, por falta de educação sexual, de informações sobre IST e desatenção do sistema de saúde⁸. Um estudo brasileiro, que analisou as representações sobre IST, entre adolescentes, sublinha os comportamentos de risco, apesar do conhecimento das consequências⁹. Outro, do Médio Oriente, chama atenção para a necessidade de também incluir os adolescentes do sexo masculino, nas intervenções destinadas a aumentar a saúde sexual e reprodutiva¹⁰. No que diz respeito às melhores práticas e métodos, para capacitar os adolescentes, são apontadas estratégias, como reforçar características próprias, exemplo, o medo da gravidez¹¹, recurso aos jogos sérios¹², e sobretudo educação em saúde sexual¹³, até com recurso a um programa de educadores pares, GenRe¹⁴.

Referências

1-World Health Organization - WHO / OMS. (2023). Adolescent health. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1



- 2- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- 3- Munn, Z., Pollock, D., Khalil H., Alexander, L., McLnerney, P., & Godfrey, C. M. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evid Synth*, 20(4), p. 950–952. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
- 4- Moreira, A. H. C. (2023). Perceção de adolescentes do ensino secundário de uma região da Beira Interior sobre infeções sexualmente transmissíveis. [Dissertação de Mestrado, Universidade Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/13450>
- 5- Patrício, A. L. M. (2022). Projeto de intervenção comunitária: sexualidade saudável é sexualidade responsável. [Relatório de Estágio, Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/44605>
- 6- Almeida, C. M. M. N. R. (2021). Os adolescentes e a sexualidade: Do conhecimento à intervenção em saúde escolar. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/6926>
- 7- Valadar, M. C. (2019). Impacto de um programa de educação sexual em adolescentes em meio escolar. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/31237>
- 8- Gómez, L. L., & García A. F. (2024). Aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, relacionado con la falta de educación sexual. *Matronas Hoy*, 12(1), 46-53. <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/286/aumento-de-las-infecciones-de-transmision-sexual-its-en-adolescentes-relacionado-con-la-falta-de-educacion-sexual#>
- 9- Santos, J. V. O., Araújo, L. F., Castro, J. L. C. & Faro, A. (2019). Análise prototípica das representações sociais sobre as infeções sexualmente transmissíveis entre adolescentes. *Psicogente*, 22(41), 1-18. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3312>
- 10- Sawalma, M., Shalash, A., Wahdan, Y., Nemer, M., Khalawi, H., Hijazi, B., & Abu-Rmeileh, N. (2023). Sexual and reproductive health interventions geared toward adolescent males: A scoping review. *Journal of Pediatric Nursing*, 73,19–26. [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(23\)00183-5/pdf](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(23)00183-5/pdf)
- 11- Mbengo, F., Adama, E., Towell-Barnard, A., Bhana, A., & Zgambo, M. (2022). Barriers and facilitators to HIV prevention interventions for reducing risky sexual behavior among youth worldwide: A systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 22(679), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07649-z>
- 12- Ilskens, K., Wrona, K. J., Dockweiler, C., & Fischer, F. (2022). An evidence map on serious games in preventing sexually transmitted infections among adolescents: Systematic review about outcome categories investigated in primary studies. *JMIR Serious Games*, 10(1):e30526, 1-15. <https://games.jmir.org/2022/1/e30526>
- 13- Szucs, L. E., Barrios, L. C., Young, E., Robin, L., Hunt, P., & Jayne, P. E. (2022). The CDC's division of adolescent and school health approach to sexual health education in schools: 3 decades in review. *Journal of School Health*, 92(2), 223-234. <https://doi.org/10.1111/josh.13115>
- 14- Ratnawati, D., Setiawan, A., Sahar, J., Widyatuti., Nursasi, A. Y., & Siregar, T. (2024). Improving adolescents' HIV/AIDS prevention behavior: A phenomenological study of the experience of planning generation program (GenRe) ambassadors as peer educators. *Belitung Nursing Journal*, 10(1), 56-66. <https://doi.org/10.33546/bnj.2883>



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Adolescentes e jovens face às infeções sexualmente transmissíveis: uma scoping review

Carmen Cunha (carmencunha@campus.esel.pt); Cláudia Bacatum (claudia.bacatum@esel.pt)

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Mapear a evidência científica disponível relativa às IST e adolescentes

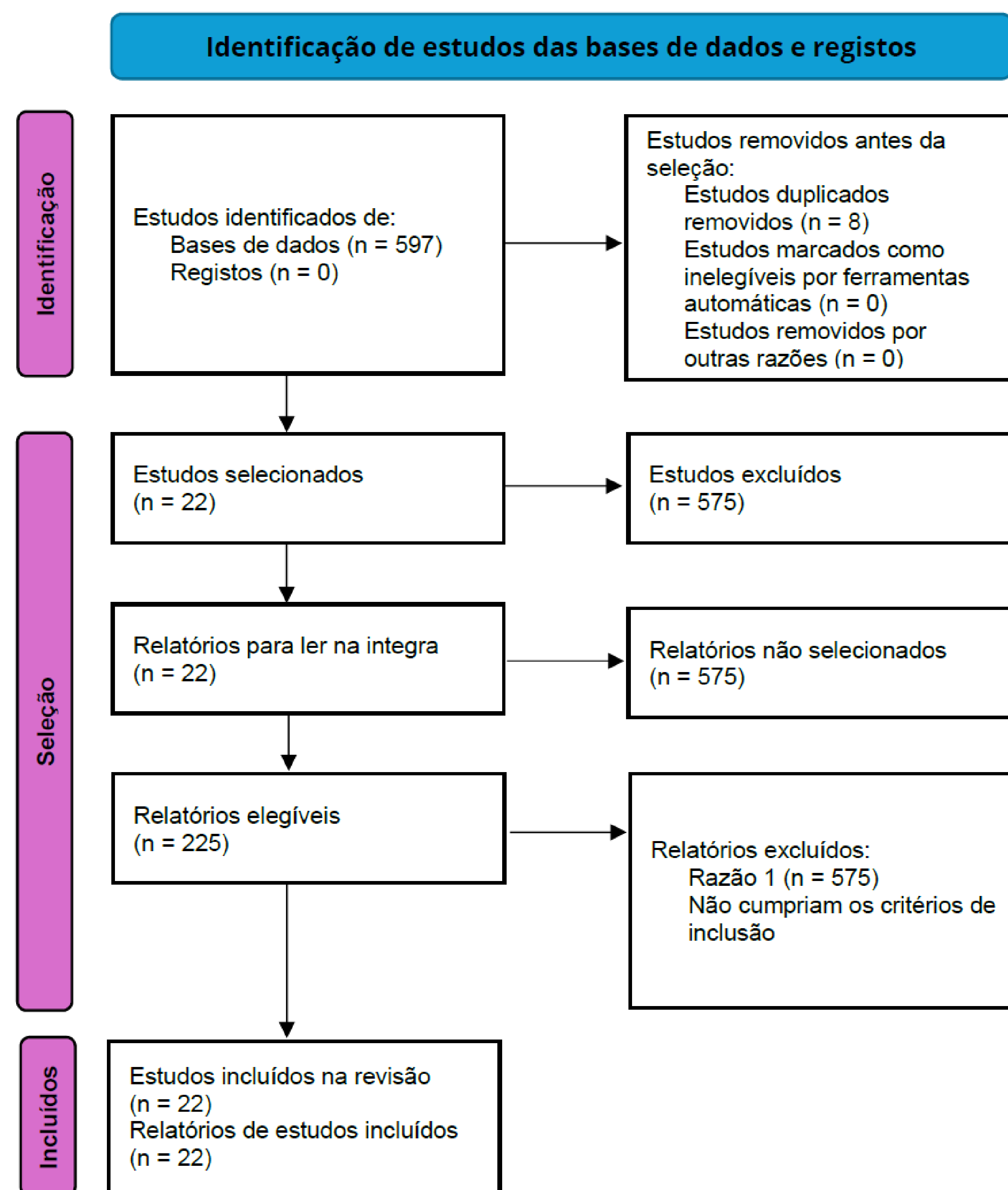
REVISIÓN/ REVIEW

Introdução: O conhecimento sobre as infeções sexualmente transmissíveis (IST) e os adolescentes, motivou a realização de uma scoping review, para o mapeamento das evidências disponíveis. Segundo a OMS¹, a adolescência é a fase da vida que se situa entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos. Justifica-se promover a saúde escolar, na dimensão da literacia em saúde sexual dos adolescentes.

Metodologia: Seguiu-se a do The Joanna Briggs Institute^{2,3} nas bases de dados RCAAP, B-On, PUBMED e CINAHL Ultimate, via EBSCO. A questão de revisão foi desenhada através da mnemónica PCC para scoping review, sendo os participantes “adolescentes”, conceito, “infeções” e contexto, “sexualmente transmissíveis”, o que nos levou à questão de revisão: qual a evidência publicada sobre IST e adolescentes. Critérios de inclusão, todos os estudos que incluíam IST e adolescentes, sem exclusões por género, etnia ou outras características pessoais, independentemente da localização geográfica, publicados nos últimos 5 anos (2019 a 2024).

Resultados: Dos 597 estudos identificados nas bases de dados referidas, foram selecionados 22, através da aplicação dos critérios de inclusão. Estudos portugueses destacam o desconhecimento dos adolescentes sobre IST^{4,5,6,7}. O que é reforçado por um estudo em Espanha, que põe em destaque o aumento diário do número de pessoas que contraem IST, situação mais preocupante entre os adolescentes, gerando problemas de saúde sexual e reprodutiva, falta de educação sexual, informações sobre IST e desatenção do sistema de saúde⁸. Estudo brasileiro, analisou as representações sobre IST, entre adolescentes, sublinha os comportamentos de risco, apesar do conhecimento das consequências⁹. Outro, do Médio Oriente, chama atenção para também incluir os adolescentes do sexo masculino, nas intervenções destinadas a aumentar a saúde sexual e reprodutiva¹⁰. Melhores práticas e métodos, para capacitar os adolescentes. São apontadas estratégias, como reforçar características próprias, exemplo, o medo da gravidez¹¹, recurso aos jogos sérios¹², e sobretudo educação em saúde sexual¹³, até com recurso a um programa de educadores pares, GenRe¹⁴.

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



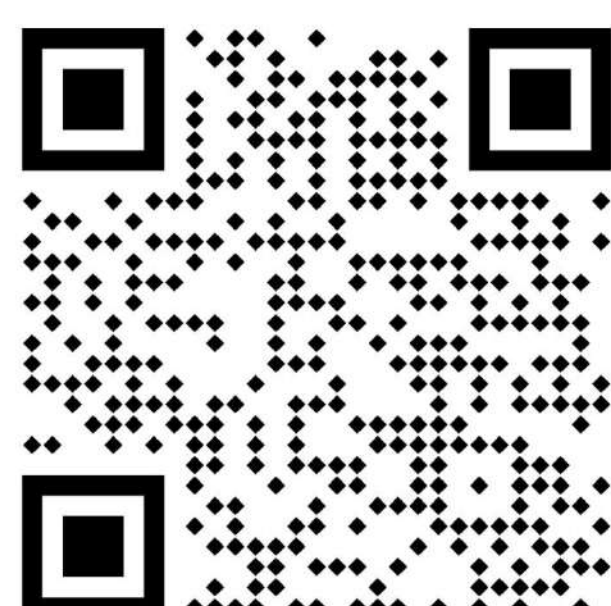
Adaptado de: Page, M. J., McKenzie J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Cou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Os indicadores de saúde dos adolescentes, propostos pela OMS, preveem, nomeadamente: comprehensive school health services - serviços abrangentes de saúde escolar; schools offering HIV and sexuality education - escolas que oferecem educação sobre VIH e sexualidade.

O que põe ainda mais em evidência, a importância de projetos na área da saúde escolar, da sexualidade e IST.

REFERENCIAS/ REFERENCES



Digitalize-me!



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: ROMPE EL SILENCIO “DALE LIKE A TU SALUD MENTAL”

Autor/es: Diana Esther Rodríguez Villa, Regina Gonzales Cabana, Jonathan Torres Fernández, Luisa Mercado Villareal, Andrea Carolina Vergara Sierra, Yanidis Isabel Mercado Novoa, Valerin Nicoll Reyes González, Yajaira Liseth Linero Guerrero, Andrea Sampayo Baldovino.

Centro de Trabajo: Universidad Simón Bolívar Barraquilla Colombia

Mail de todos los autores: diana.rodriquezv@unisimon.edu.co, regina.gonzalez@unisimon.edu.co

jhonatan.torresf@unisimon.edu.co, luisa.mercado@unisimon.edu.co, andrea.vergaras@unisimon.edu.co

yanidis.mercado@unisimon.edu.co, valerin.reyes@unisimon.edu.co, yajaira.linero@unisimon.edu.co

andrea.sampayo@unisimon.edu.co

Introducción

Cuando expones todo de tu interior, puedes vivir libremente sin nada que esconder. -Angela Hartlin

La Organización Mundial de la Salud define la salud como el bienestar físico, mental y social en el ser humano, siendo relevante porque cada individuo es un ser holístico que necesita del equilibrio de cada dimensión que hace parte de su desarrollo (1). Por lo cual existe una preocupación a nivel mundial por el aumento de enfermedades relacionadas con el deterioro de la salud mental en los diferentes cursos de vida (1).

Las estadísticas del año 2019, evidencian que casi mil millones de personas entre ellas un 14% de los adolescentes de todo el mundo estaban afectadas por un trastorno mental (2)

Objetivos del estudio: Identificar el riesgo suicida en la población escolar en una Institución educativa de Soledad Atlántico 2024-1

MÉTODO

Para este estudio se utilizó un diseño descriptivo y para la recolección de la información se utilizó la Escala para la evaluación del riesgo suicida (ERS): diseñada y validada en población colombiana por Bahamón y Alarcón (2017). Cuenta con 20 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert que Evalúa cuatro factores: depresión y desesperanza; ideación, planeación y autolesión; aislamiento/ soporte social y falta de apoyo familiar. Los ítems se refieren a afirmaciones pensando en lo ocurrido en los últimos seis meses.

Participantes: 140 escolares de noveno grado de una Institución Educativa en Soledad Atlántico, Colombia

Principales resultados obtenidos

En relación con la Escala de Riesgo Suicida (ERS) diseñada y validada en población colombiana por Bahamón y Alarcón (2017) donde hubo una puntuación media de 12,16 en la dimensión de Depresión y Desesperanza,



de 8,70 para la dimensión de Ideación e intencionalidad suicida, de 11,90 en la dimensión de Aislamiento/soprote social y de 7,16 en la dimensión de Falta de apoyo familiar. En la escala total del ERS se encontró una puntuación media de 39,93. Lo que indica que no hay niveles clínicamente significativos de riesgo suicida en esta muestra de estudio más sin embargo se evidencio escolares con Depresión y Desesperanza, aislados socialmente y con relaciones conflictivas con la familia.

Por ello **ROMPE EL SILENCIO “DALE LIKE A TU SALUD MENTAL** es la oportunidad de implementar una zona de escucha a los escolares hacia una cultura de Autocuidado en salud mental y replicar en otros cursos en la institución educativa.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Evaluación de la percepción de la salud en el alumnado de Educación Primaria

Beatriz López González. bealopez@a-coruna.uned.es

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Objetivo general: Conocer la percepción que el alumnado de Educación primaria tiene sobre su salud general.

Objetivos específicos:

- 1. Conocer la percepción de la salud del alumnado de Educación Primaria los limita a la hora de realizar algún tipo de actividades.
- 2. Determinar la relación entre la salud física o los problemas emocionales con dificultades en las actividades sociales habituales entre alumnado de Educación Primaria.

REVISIÓN/ REVIEW

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho esencial y una herramienta en la vida cotidiana de todas las personas. Sin embargo, el término salud ha estado vinculado a diferentes instrumentos según el momento histórico que sea tomado como referencia. Tradicionalmente, estos instrumentos procuraban identificar variables "objetivas" que asociaban el estado de salud con ciertas características cuantificables a través de tecnologías de laboratorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describió la salud como "el estado total de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la falta de enfermedad o invalidez" (OMS, 1946). A partir de esta definición han ido surgiendo diversas formas de medirla, las cuales incluyen la percepción subjetiva del individuo, y que de forma más sensible se ven como aptas para desvelar el concepto de "salud" en una población.

Matarazzo (1980) relaciona con el concepto de salud el término conducta, definiendo la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de la filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales.

Una de estas herramientas más empleadas es la percepción del estado de salud, ya que posibilita mostrar de forma subjetiva la situación de los individuos de una población en relación a su salud. Los hallazgos de esta evaluación ofrecen una adecuada caracterización del estado de salud de una población, ya que existe una clara correlación entre una mala percepción del mismo y un incremento en la probabilidad de padecer enfermedades crónicas, además de un uso elevado de los servicios de salud. Por esta razón, resulta muy beneficioso evaluar cual es la percepción que los niños y niñas tiene sobre su salud de cara a poder trazar programas educativos en las escuelas. Entre los efectos beneficiosos de la educación para la salud en los centros educativos se puede destacar el aumento de la práctica deportiva así como la mejora del estado físico general del alumnado, el incremento de la autoestima y la potenciación de aspectos relativos a la socialización.

La Educación para la salud aunque se construye sobre una serie de conceptos, para su consolidación es necesario el desarrollo de actitudes, hábitos y comportamientos positivos, fundamentados en un sistema de valores que responda a un modelo valioso de sociedad. Por ello la implementación de la educación para la salud en el Sistema Educativo tiene un sentido de transversalidad. Las escuelas deben ser fuerzas promotoras de salud donde se atiendan todas las necesidades del alumnado de un modo integral. El Sistema Educativo tiene la responsabilidad de presentar a niños y niñas informaciones adecuadas sobre la salud, pero también deben ayudarles a aclarar actitudes y comprender los valores que subyacen a las elecciones saludables, siendo capaces de ayudarles a realizar estas de un modo racional y consciente.

El papel de los docentes resulta ser un pilar esencial de la educación sanitaria escolar, ya que va a servir para mantener una comunicación constante con el alumnado a través de las herramientas pedagógicas que posee. Es el profesorado quien tiene la responsabilidad de fomentar un entorno educativo marcado por una vida académica saludable en la que se den prioridad a las relaciones llenas de afecto y solidaridad. Los Equipos docentes brindarán oportunidades y herramientas para que los estudiantes adquieran conciencia gradualmente de la interacción entre ellos, los demás y el entorno, organizando de manera lógica el conjunto de observaciones y estímulos provenientes de su medio. En este sentido, las acciones de promoción y prevención educativa están a cargo de los profesores y profesoras muchas veces a través de los contenidos tratados en materias como por ejemplo las ciencias naturales. Sin embargo, es preciso tratar este tipo de temáticas desde una perspectiva global que permita combinar actitudes, conocimientos y conductas que promuevan en los niños y niñas un estilo de vida saludable (Macías, Gordillo y Camacho, 2012).

Pero además, el rol de los progenitores es fundamental en los programas de Educación para la salud ya que aseguran la continuidad y globalización de la intervención, extendiéndola a todo el entorno del alumnado. Por este motivo resulta necesario contar con las familias para poder trabajar de una manera conjunta para facilitar el desarrollo de este tipo de programas. Por ejemplo, los padres y madres tienen una gran influencia sobre los hábitos alimentarios de los niños y son ellos los que deben decidir la cantidad y calidad de los alimentos proporcionados durante esta etapa (Macías, Gordillo, y Camacho, 2012). Además resulta importante el papel de los profesionales sociosanitarios ya que son ellos quienes desempeñan una función de apoyo y colaboración en la educación para la salud en la escuela. El centro de la investigación van a ser los propios niños y niñas. Es necesario contar con los estudiantes, ya que van a ser ellos quienes manifiesten sus percepciones. Esto será fundamental para plantear futuros programas de intervención en los centros con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida en la infancia.

METODOLOGÍA

Muestra: El presente trabajo recoge la evaluación de la percepción de la salud de un grupo de 15 alumnos y alumnas de Educación Primaria a quienes se les aplica un cuestionario diseñado *ad hoc* con el que se recogen datos sociodemográficos de la muestra así como preguntas relativas al bienestar relacionado con la salud. Se realizó una selección muestral no probabilística de un total de 15 sujetos con edades comprendidas entre 5 y 14 años. Todos ellos están matriculados en Educación Primaria. Los sujetos de esta muestra pertenecen a La Coruña ciudad y su área metropolitana: Ayuntamientos de Oleiros, Sada, Bergondo, Abegondo, Arteixo, Carral, Culleredo y Cambre. La mayoría de los sujetos proceden de familias de clase media o clase media-baja y están escolarizados desde los 2-3 años. Los cuestionarios son anónimos y se ha solicitado permiso a las familias para poder administrarlos. En relación a los datos sociodemográficos de la muestra es necesario destacar que el 53% de los participantes pertenece al género masculino y el 47% al femenino. En relación a las edades se registra que el 13% de los participantes tiene edades entre 6 y 7 años, el 24% entre 8 y 9 años y el 53% entre 10 y 14 años. En lo referente al Nivel Educativo se recogen los siguientes datos: Primer ciclo (13.3%), Segundo Ciclo (33.3%), Tercer ciclo (53.3%). A continuación, en las Imágenes 1, 2 y 3 se recogen estos datos.

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron en el estudio a aquellos sujetos que estaban escolarizados en de Educación Primaria independientemente de la edad. Para ello se han tenido en consideración aquellos niños/as que empiezan en 5 años debido a que su fecha de nacimiento es en el último trimestre del año, así como aquellos niños/as que cumplen 14 años, pero que debido a una medida de flexibilización han repetido curso y continúan en 6º de EP a pesar de su edad.

Variables de investigación. Algunas de las variables extrañas a considerar podrían ser: Nivel socio-educativo y socio-económico de los sujetos y sus familias, estilos educativos familiares, grado del cuidado de la salud en la familia, nivel de desarrollo del lenguaje, nivel educativo de los sujetos, estado de salud en general, problemas conductuales, alteraciones en la memoria, atención, cognición, impulsividad, empleo de fármacos de diversos tipos que afecten a la salud.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Se emplea un cuestionario diseñado *ad oc* que mide diferentes aspectos relacionados con la salud. El instrumento consta de 19 cuestiones que reflejan la salud general en relación a 4 ámbitos: salud general, actividad física, capacidad social y vigor. Cada cuestión dispone de varias opciones de respuestas colocadas en una escala Likert donde las palabras o las frases se corresponden con una escala numérica de 1 a 5. Los descriptores varían para cada ámbito y la persona que completa el cuestionario tiene que escoger sólo una respuesta.

RESULTADOS

A continuación, en la Tabla, se incluyen los resultados recogidos de la muestra a través del cuestionario relacionado con la salud.

Tabla. Resultados recogidos en el cuestionario que evalúa la percepción de aspectos relativos a la salud en una muestra de Educación Primaria.

Preguntas	Media	Desviación típica
	\bar{x}	σ
1. En general, dirías que tu salud es:	3.00667	.25820
2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que tú podrías hacer en un día normal. ¿Tu salud actual te limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?		
a. Esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	3.0000	.0000
b. Esfuerzos moderados, como limpiar la casa, levantar una silla, jugar a los bolos o nadar	3.0000	.0000
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	3.0000	.0000
d. Subir una cuesta empinada	3.0000	.0000
e. Subir un solo piso por la escalera	3.0000	.0000
f. Levantarse después de estar sentado	3.0000	.0000
g. Caminar un kilómetro o más	3.0000	.0000
h. Caminar unos 100 m	3.0000	.0000
i. Bañarse o vestirse por sí mismo	3.0000	.0000
3. ¿Hasta qué punto tu salud física o los problemas emocionales han dificultado tus actividades sociales habituales con la familia, los amigos u otras personas?	1.0000	.00000
4. Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido y cómo te ha ido el último mes. En cada pregunta responde lo que te parezca más adecuado. Durante las últimas 4 semanas con qué frecuencia:	--	--
a. ¿Te has sentido cansado/a?	4.8667	.35187
b. ¿Has tenido mucha energía?	1.0667	.25820
c. ¿Te has sentido agotado/a?	4.9333	.25820
d. ¿Te has sentido lleno/a de vitalidad?	1.0000	.00000
5. Si si te parece verdadera o falsa cada una de las siguientes frases:	--	--
a. Creo que me pongo enfermo/a más fácilmente que otras personas	2.9333	.25820
b. Estoy tan sano/a como cualquiera	1.0000	.00000
c. Creo que mi salud va a empeorar	2.9333	.25820
d. Mi salud es excelente	4.0667	.25820

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

La presente investigación tenía por objetivo principal: *Conocer la percepción que el alumnado de Educación primaria tiene sobre su salud general.* Los datos extraídos recogen que la percepción del alumnado participante es buena. La tendencia es a marcar puntuaciones intermedias. En general, los niños y niñas tienden a percibir que tienen una salud en estado óptimo. Parece fundamental que los niños perciban su salud como algo positivo porque esto influye directamente en su bienestar físico y emocional. Una percepción positiva de la salud les motiva a adoptar hábitos saludables, como la actividad física y una alimentación equilibrada. Además, cuando los niños se sienten saludables, tienden a tener mayor autoestima, lo que mejora su rendimiento académico y sus relaciones sociales. Una visión optimista de su estado físico también fortalece su resiliencia frente a enfermedades o desafíos, ayudándoles a enfrentar mejor situaciones adversas. Además, aprender a valorar su salud desde temprana edad crea una base sólida para mantener un estilo de vida saludable en la adultez. En relación al objetivo específico: *1. Conocer la percepción de la salud del alumnado de Educación Primaria los limita a la hora de realizar algún tipo de actividades.* Tanto niños como niñas señalan puntuaciones medias-altas. En general, si los niños y niñas, presentan un mayor número de alteraciones relacionadas con la salud, pueden llegar a tener dificultades para realizar actividades físicas. Todo ello, en algunos casos, limita su socialización y desarrollo general. Por ejemplo: Si el niño o niña no quieren caminar por las molestias que esto le supone, puede implicar un aumento de peso acarreado posibles problemas asociados. En la actualidad, la obesidad infantil es una de las grandes pandemias que azotan a los países occidentales. La alimentación y ejercicio físico son básicos para poder controlarla y erradicarla. Incidir en estos hábitos desde la etapa de Educación Infantil permite asentar rutinas en el día a día de niños y niñas con el objetivo de poder mantenerlos a lo largo de toda su vida. Pero es que además de los problemas de salud asociados a la alimentación y el ejercicio se presentan dificultades en las relaciones sociales. Aquellos alumnos y alumnas que no salen a jugar e interactuar a los patios pueden llegar a establecer menos relaciones sociales. Una persona que no pueda caminar o lo hace con dificultades puede tener problemas relacionados con su movilidad con repercusiones en su vida diaria: disminución de la libertad de movimientos, disminución de la vitalidad y fatiga, alteraciones en el sueño y descanso, afectación a la imagen corporal, autoestima y afectividad, estrés debido a las limitaciones de la movilidad, reducción de la seguridad física al dificultarle los movimientos en algunas situaciones, reducción de los momentos de ocio así como la limitación al participar en diferentes tipos de actividades, presentar mayor dependencia de sustancias farmacológicas y tratamientos, además de aumentar las situaciones que implican quejas y dolores de diversa índole. En relación al objetivo específico: *2. Determinar la relación entre la salud física o los problemas emocionales con dificultades en las actividades sociales habituales entre alumnado de Educación Primaria.* En general se han sentido cansados y con baja energía o vitalidad. Este hecho puede relacionarse con el impacto que la tecnología está teniendo en nuestras vidas. En los últimos años el tiempo dedicado al empleo de pantallas hace que se reduzca la práctica de ejercicio físico incrementándose como consecuencia el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad. El sedentarismo, causado por las numerosas horas frente al ordenador, televisión, móvil y/o videojuegos, establece por tanto una directa relación con el sobrepeso infantil (Díaz y Aladro, 2016). Además ello tiene una importante influencia en el sueño infantil repercutiendo por tanto también en el rendimiento académico y en la propia percepción de cansancio que los niños manifiestan. Los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales. Por ello los programas educativos de educación para la salud deben dirigirse al conjunto de comportamientos y contextos donde se desarrollan ya que su principal finalidad es la mejora cualitativa de la salud humana. Todo este proceso debe iniciarse en la familia e implica una responsabilidad individual y social por lo que es necesario que se establezca en diferentes entornos. Ante nosotros tenemos el desafío de plantear programas desde la escuela con la intención de generar cambios que acaben por repercutir en la salud de toda la población.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Díaz, R. R., y Aladro, C. M. (2016). Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. *RqR Enfermería Comunitaria*, 4(1), 46-51.
- Green, L. (1976). *Determining the impact and Effectiveness of Health Education as it Relates to Federal Policy*. Office of the Deputy Assistant Secretary for Planning and Evaluation/Health, Education and Welfare.
- Henderson, A. C., Wölle, J., Córtese, RA, y McInths, D. V. (1981). The future of the health education profession: implications and practice. *American J. Publichealth*, 95,(6) 555-559.
- Macías, A.I., Gordillo, L.G. y Camacho, R. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr.* 39,(3) 40-43.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavior health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *Am psychol*, 35, 807-817.
- Perea Quesada, R. (1992). *Educación para la salud*. UNED.
- Rosen, G. (1958). *A history of public health*. MD Publications.
- Syme, L. (1991). La investigación Edinburgo: Scottish Health Edusobre la salud y la enfermedad en catión Group. la sociedad actual: la necesidad de una pedagogía más relevante. *Anthropos*, 118, 39-51.
- World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. Published 1948). online



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: ROMPE EL SILENCIO “DALE LIKE A TU SALUD MENTAL”

Autor/es: Diana Esther Rodríguez Villa, Regina Gonzales Cabana, Jonathan Torres Fernández, Luisa Mercado Villareal, Andrea Carolina Vergara Sierra, Yanidis Isabel Mercado Novoa, Valerin Nicoll Reyes González, Yajaira Liseth Linero Guerrero, Andrea Sampayo Baldovino.

Centro de Trabajo: Universidad Simón Bolívar Barraquilla Colombia

Mail de todos los autores: diana.rodriquezv@unisimon.edu.co, regina.gonzalez@unisimon.edu.co

jhonatan.torresf@unisimon.edu.co, luisa.mercado@unisimon.edu.co, andrea.vergaras@unisimon.edu.co

yanidis.mercado@unisimon.edu.co, valerin.reyes@unisimon.edu.co, yajaira.linero@unisimon.edu.co

andrea.sampayo@unisimon.edu.co

Introducción

Cuando expones todo de tu interior, puedes vivir libremente sin nada que esconder. -Angela Hartlin

La Organización Mundial de la Salud define la salud como el bienestar físico, mental y social en el ser humano, siendo relevante porque cada individuo es un ser holístico que necesita del equilibrio de cada dimensión que hace parte de su desarrollo (1). Por lo cual existe una preocupación a nivel mundial por el aumento de enfermedades relacionadas con el deterioro de la salud mental en los diferentes cursos de vida (2).

Por ser la adolescencia una etapa trascendental en el desarrollo de la vida humana, debido a que es el puente de transición entre la etapa de la niñez y la edad adulta, (3) donde las experiencias significativas contribuyen en forma positiva o negativa en el afrontamiento de los sucesos vitales como el rendimiento escolar, las relaciones familiares, de pares de amigos o el rompimiento del círculo de amigos condicionado con el manejo adecuado o inadecuado de estas situaciones (4).

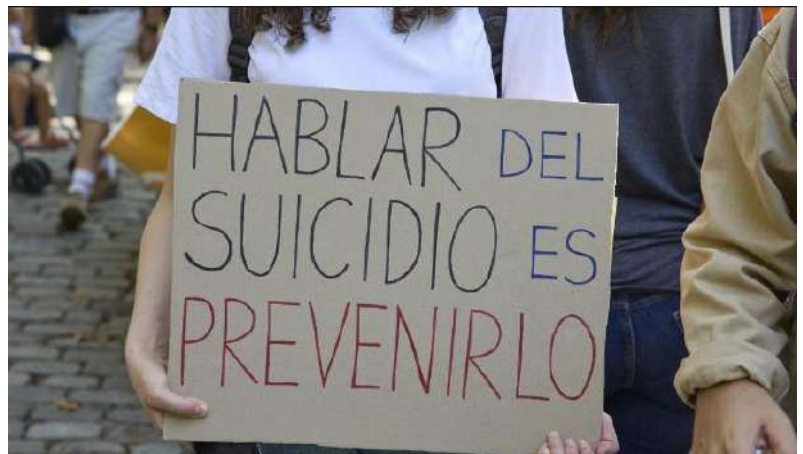
1. Agudelo-Hernández Felipe, Vélez-Botero Helena, Rojas-Andrade Rodrigo. Traducción y adaptación de la Escala de Continuidad de Servicios de Salud Mental de Alberta en un contexto latinoamericano. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2023 [citado 2024 Oct 18]; 61(3): 258-269. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272023000300258&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272023000300258>.
2. Gutiérrez Vilchis A, Karam Calderón M Ángel. Paradigma del Curso de la Vida Relacionado a Salud: Revisión en América Latina 2000-2023. Ciencia Latina [Internet]. 29 de febrero de 2024 [citado 20 de octubre de 2024];8(1):5172-91. Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9851>
3. Corral-Gil Guadalupe de Jesús, Herrera-Paredes José Manuel. Promoción a la salud, autoeficacia, asertividad sexual y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. Index Enferm [Internet]. 2023 Dic [citado 2024 Oct 20]; 32(4): e14323. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000400001&lng=es. Epub 12-Abr-2024. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20236167>.
4. Oteiza-Collante Macarena, Méndez Iría, Santamarina-Pérez Pilar, Romero Soledad. Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2023 Mar [citado 2024 Oct 20]; 25(97): 83-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322023000100017&lng=es. Epub 27-Feb-2024.



Las estadísticas del año 2019, evidencian que casi mil millones de personas entre ellas un 14% de los adolescentes de todo el mundo estaban afectadas por un trastorno mental (5), cifra que fue en aumento por la pandemia del COVID donde el confinamiento acondiciono un fenómeno presente pero muchas veces invisible por los estigmas como el comportamiento suicida, definido como un conjunto de acciones destinadas a lastimarse a uno mismo hasta quitarse la vida e incluye las ideas suicidas, los gestos de suicidio, los intentos de suicidio, el suicidio consumado (6).

En la población adolescente el miedo al rechazo, la no aceptación en grupo, el no contar con una zona de escucha, interiorizar las emociones, el uso inadecuado de las redes sociales y el desconocimiento de los signos de alerta por parte de si mismo y de las personas que le rodean en los entornos donde convive como el hogar, educativo y comunitario aumenta el riesgo de ideas suicidas hasta el suicidio consumado (7).

La experiencia denominada **ROMPE EL SILENCIO “DALE LIKE A TU SALUD MENTAL”** está basada en Proyecto intersectorial IMPLEMENTACION DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS ESCOLARES DE 7 A 11 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA POLITECNICO DE SOLEDAD 2024 con escolares de pertenecientes a familias desplazadas por el conflicto armado en Colombia, hogares disfuncionales, identidad de género y problemas económicos.



Objetivos del estudio: Identificar el riesgo suicida en la población escolar en una Institución educativa de Soledad Atlántico 2024-1

MÉTODO

Para este estudio se utilizó un diseño descriptivo y para la recolección de la información se utilizó la Escala para la evaluación del riesgo suicida (ERS): diseñada y validada en población colombiana por Bahamón y Alarcón (2017). Cuenta con 20 ítems con un sistema de respuesta tipo Likert, que va de totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), parcialmente en desacuerdo (3), parcialmente de acuerdo (4), de acuerdo (5) hasta totalmente de acuerdo (6). Evalúa cuatro factores: depresión y desesperanza; ideación, planeación y autolesión; aislamiento/ soporte social y falta de apoyo familiar. Los ítems se refieren a afirmaciones pensando en lo ocurrido en los últimos seis meses.



Ítem	Redacción	Factor
1	Creo que es mejor no hacer planes para un futuro	Depresión y desesperanza
2	Pienso que el futuro es incierto y triste	
3	Creo que nada bueno me espera	
4	Pienso que la vida no tiene cosas buenas para ofrecerme	
5	Mi vida ha sido un fracaso y dudo que cambie en un futuro	
6	Me siento incómodo(a) conmigo mismo(a) y con lo que he logrado	
7	He pensado seriamente en quitarme la vida	Ideación e intencionalidad suicida
8	Pienso que la muerte es la única manera de terminar con mi sufrimiento	
9	He planeado como quitarme la vida	
10	He intentado quitarme la vida alguna vez	
11	He hecho cosas contra mí para no seguir viviendo	Aislamiento/ soporte social
12	Me he lastimado o herido intencionalmente	
13	Me siento solo(a) en la vida	
14	Me es difícil confiar en otras personas	
15	Me gustaría tener amigos a quienes acudir cuando tengo problemas	
16	Creo que las personas tienden a ignorarme	
17	A mi familia le interesa poco lo que suceda conmigo	Falta de apoyo familiar
18	Prefiero acudir a personas diferentes a mi familia cuando necesito ayuda	
19	Prefiero estar lejos de mi familia que compartir con ellos	
20	Pienso que soy poco importante para mi familia	

Bahamón, M. & Alarcón-Vásquez, Y. Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. [Internet]. 2018. [citado: 2024, octubre] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/38599>

Participantes: 140 escolares de noveno grado de una Institución Educativa en Soledad Atlántico, Colombia seleccionados por la oficina de Psico orientación por manifestaciones de las escolares como no compartir con los pares, relaciones conflictivas con la familia, tristeza e ideas suicidas

Principales resultados obtenidos

En relación con la Escala de Riesgo Suicida (ERS) hubo una puntuación media de 12,16 en la dimensión de Depresión y Desesperanza, de 8,70 para la dimensión de Ideación e intencionalidad suicida; de 11,90 en la dimensión de Aislamiento/soporte social y de 7,16 en la dimensión de Falta de apoyo familiar. En la escala total del ERS se encontró una puntuación media de 39,93. Lo que indica que no hay niveles clínicamente significativos de riesgo suicida en esta muestra de estudio.

Factor	n	%
Depresión y Desesperanza	10	7.1%
Ideación e Intencionalidad Suicida	5	3.5%
Aislamiento/Soporte Social	55	39.4%
Falta de Apoyo Familiar	70	50%
Total personas intervenidas	140	100%



Intervenciones

○ Aplicación del Instrumento

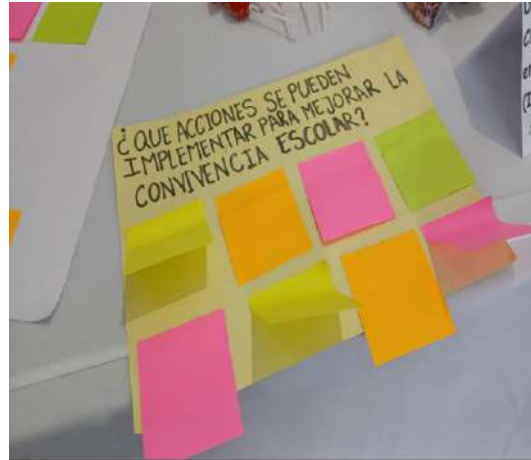


○ Mesa de trabajo: Socialización de resultados -Plan de trabajo

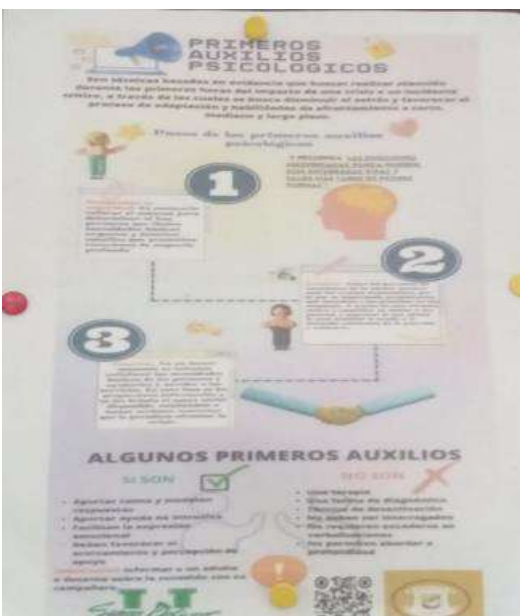




○ Taller lúdico educativo Fomento de la Salud Mental:



○ Línea amiga de la Salud Mental





Lo anterior lleva a replantear la importancia de fomentar la cultura del Autocuidado para el fomento de la salud mental, teniendo en cuenta que existe una responsabilidad social por ello la Organización Mundial de la Salud OMS oferta gratuitamente herramientas para la prevención de suicidios entre los cuales hay una guía para prevenir el suicidio denominada *Vivir la vida* en la que se recomiendan las siguientes intervenciones de eficacia demostrada que se basan en la evidencia:

- restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos);
- educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre el suicidio;
- fomentar aptitudes socioemocionales en los adolescentes; y
- detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas con conductas suicidas, además de hacerles un seguimiento.

De allí la importancia del trabajo articulado entre las instituciones, la escuela y la familia para que el adolescente o quienes le rodean conozcan la ruta de acceso para el cuidado de la salud mental y/o prestar los primeros auxilios psicológicos y trabajar sobre los estigmas en frases como “mi vida vale poco” “si me muero a nadie le importo” “que se va a suicidar” “los que se suicidan son los locos” entre otros por ello es importante que existan zonas de escucha donde se **ROMPE EL SILENCIO “DALE LIKE A TU SALUD MENTAL.**



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Evaluación de la percepción de la salud en alumnado de Educación Primaria

Autor/es: Beatriz López González

Centro de Trabajo: Consellería de Educación, Ciencia, Universidades e Formación Profesional. Xunta de Galicia. UNED.

Mail de todos los autores: bealopez@a-coruna.uned.es

Resumen:

El derecho a la salud es considerado una parte fundamental de los derechos humanos y se relaciona directamente con lo que se puede entender como una vida digna. En este ámbito, educar para la salud es tanto una estrategia útil como un proceso de aprendizaje que informa, motiva y ayuda a la población, con el objetivo de adecuar el comportamiento humano y los estilos de vida. La educación para la salud debe incluirse en los diferentes niveles de enseñanza, adaptándose a la edad y características del alumnado, con la idea de reforzar hábitos y estilos de vida saludables de manera individual y colectiva.

La Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de la participación de los usuarios en la percepción y evaluación de su estado de salud. Por esta razón, la escuela, como contexto social, resulta ser un espacio para aprender a vivir y también un lugar privilegiado para evaluar el bienestar emocional de las personas y su percepción sobre la salud. En los centros educativos se detectan con frecuencia dificultades en diferentes aspectos relacionados con el bienestar de los individuos, por ello y teniendo en cuenta la importante cantidad de horas semanales que pasa el alumnado en las aulas, es también un lugar idóneo para identificar las necesidades para poder trabajar con ellos en este aspecto. Los programas de educación para la salud resultan fundamentales en este ámbito y su planteamiento sirven para mejorar tanto el proceso educativo como el desarrollo del alumnado.

El presente trabajo efectúa la evaluación de la percepción de la salud de un grupo de 15 alumnos y alumnas de Educación Primaria a quienes se les aplica un cuestionario de 19 preguntas diseñado ad hoc. Con este instrumento se recogen datos sociodemográficos de la muestra así como preguntas relativas al bienestar relacionado con la salud. Los principales resultados obtenidos indican que el alumnado percibe que, aunque su salud limita sus actividades diarias, o que se sienten con falta de vitalidad o agotados, en general perciben su propia salud como óptima. Aunque existen limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra, es preciso tener en cuenta que este tipo de investigaciones brindan nuevas maneras de intervenir en las primeras edades, de esta manera se pueden modificar hábitos y establecer formas de trabajar en las escuelas con el objetivo de mejorar la calidad de vida del alumnado.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Evaluación de la percepción de la salud en el alumnado de Educación Primaria

Beatriz López González. bealopez@a-coruna.uned.es

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Objetivo general: Conocer la percepción que el alumnado de Educación primaria tiene sobre su salud general.

Objetivos específicos:

- 1. Conocer la percepción de la salud del alumnado de Educación Primaria los limita a la hora de realizar algún tipo de actividades.
- 2. Determinar la relación entre la salud física o los problemas emocionales con dificultades en las actividades sociales habituales entre alumnado de Educación Primaria.

REVISIÓN/ REVIEW

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho esencial y una herramienta en la vida cotidiana de todas las personas. Sin embargo, el término salud ha estado vinculado a diferentes instrumentos según el momento histórico que sea tomado como referencia. Tradicionalmente, estos instrumentos procuraban identificar variables "objetivas" que asociaban el estado de salud con ciertas características cuantificables a través de tecnologías de laboratorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describió la salud como "el estado total de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la falta de enfermedad o invalidez" (OMS, 1946). A partir de esta definición han ido surgiendo diversas formas de medirla, las cuales incluyen la percepción subjetiva del individuo, y que de forma más sensible se ven como aptas para desvelar el concepto de "salud" en una población.

Matarazzo (1980) relaciona con el concepto de salud el término conducta, definiendo la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de la filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales.

Una de estas herramientas más empleadas es la percepción del estado de salud, ya que posibilita mostrar de forma subjetiva la situación de los individuos de una población en relación a su salud. Los hallazgos de esta evaluación ofrecen una adecuada caracterización del estado de salud de una población, ya que existe una clara correlación entre una mala percepción del mismo y un incremento en la probabilidad de padecer enfermedades crónicas, además de un uso elevado de los servicios de salud. Por esta razón, resulta muy beneficioso evaluar cual es la percepción que los niños y niñas tiene sobre su salud de cara a poder trazar programas educativos en las escuelas. Entre los efectos beneficiosos de la educación para la salud en los centros educativos se puede destacar el aumento de la práctica deportiva así como la mejora del estado físico general del alumnado, el incremento de la autoestima y la potenciación de aspectos relativos a la socialización.

La Educación para la salud aunque se construye sobre una serie de conceptos, para su consolidación es necesario el desarrollo de actitudes, hábitos y comportamientos positivos, fundamentados en un sistema de valores que responda a un modelo valioso de sociedad. Por ello la implementación de la educación para la salud en el Sistema Educativo tiene un sentido de transversalidad. Las escuelas deben ser fuerzas promotoras de salud donde se atiendan todas las necesidades del alumnado de un modo integral. El Sistema Educativo tiene la responsabilidad de presentar a niños y niñas informaciones adecuadas sobre la salud, pero también deben ayudarles a aclarar actitudes y comprender los valores que subyacen a las elecciones saludables, siendo capaces de ayudarles a realizar estas de un modo racional y consciente.

El papel de los docentes resulta ser un pilar esencial de la educación sanitaria escolar, ya que va a servir para mantener una comunicación constante con el alumnado a través de las herramientas pedagógicas que posee. Es el profesorado quien tiene la responsabilidad de fomentar un entorno educativo marcado por una vida académica saludable en la que se den prioridad a las relaciones llenas de afecto y solidaridad. Los Equipos docentes brindarán oportunidades y herramientas para que los estudiantes adquieran conciencia gradualmente de la interacción entre ellos, los demás y el entorno, organizando de manera lógica el conjunto de observaciones y estímulos provenientes de su medio. En este sentido, las acciones de promoción y prevención educativa están a cargo de los profesores y profesoras muchas veces a través de los contenidos tratados en materias como por ejemplo las ciencias naturales. Sin embargo, es preciso tratar este tipo de temáticas desde una perspectiva global que permita combinar actitudes, conocimientos y conductas que promuevan en los niños y niñas un estilo de vida saludable (Macías, Gordillo y Camacho, 2012).

Pero además, el rol de los progenitores es fundamental en los programas de Educación para la salud ya que aseguran la continuidad y globalización de la intervención, extendiéndola a todo el entorno del alumnado. Por este motivo resulta necesario contar con las familias para poder trabajar de una manera conjunta para facilitar el desarrollo de este tipo de programas. Por ejemplo, los padres y madres tienen una gran influencia sobre los hábitos alimentarios de los niños y son ellos los que deben decidir la cantidad y calidad de los alimentos proporcionados durante esta etapa (Macías, Gordillo, y Camacho, 2012). Además resulta importante el papel de los profesionales sociosanitarios ya que son ellos quienes desempeñan una función de apoyo y colaboración en la educación para la salud en la escuela. El centro de la investigación van a ser los propios niños y niñas. Es necesario contar con los estudiantes, ya que van a ser ellos quienes manifiesten sus percepciones. Esto será fundamental para plantear futuros programas de intervención en los centros con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida en la infancia.

METODOLOGÍA

Muestra: El presente trabajo recoge la evaluación de la percepción de la salud de un grupo de 15 alumnos y alumnas de Educación Primaria a quienes se les aplica un cuestionario diseñado *ad hoc* con el que se recogen datos sociodemográficos de la muestra así como preguntas relativas al bienestar relacionado con la salud. Se realizó una selección muestral no probabilística de un total de 15 sujetos con edades comprendidas entre 5 y 14 años. Todos ellos están matriculados en Educación Primaria. Los sujetos de esta muestra pertenecen a La Coruña ciudad y su área metropolitana: Ayuntamientos de Oleiros, Sada, Bergondo, Abegondo, Arteixo, Carral, Culleredo y Cambre. La mayoría de los sujetos proceden de familias de clase media o clase media-baja y están escolarizados desde los 2-3 años. Los cuestionarios son anónimos y se ha solicitado permiso a las familias para poder administrarlos. En relación a los datos sociodemográficos de la muestra es necesario destacar que el 53% de los participantes pertenece al género masculino y el 47% al femenino. En relación a las edades se registra que el 13% de los participantes tiene edades entre 6 y 7 años, el 24% entre 8 y 9 años y el 53% entre 10 y 14 años. En lo referente al Nivel Educativo se recogen los siguientes datos: Primer ciclo (13.3%), Segundo Ciclo (33.3%), Tercer ciclo (53.3%). A continuación, en las Imágenes 1, 2 y 3 se recogen estos datos.

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron en el estudio a aquellos sujetos que estaban escolarizados en de Educación Primaria independientemente de la edad. Para ello se han tenido en consideración aquellos niños/as que empiezan en 5 años debido a que su fecha de nacimiento es en el último trimestre del año, así como aquellos niños/as que cumplen 14 años, pero que debido a una medida de flexibilización han repetido curso y continúan en 6º de EP a pesar de su edad.

Variables de investigación. Algunas de las variables extrañas a considerar podrían ser: Nivel socio-educativo y socio-económico de los sujetos y sus familias, estilos educativos familiares, grado del cuidado de la salud en la familia, nivel de desarrollo del lenguaje, nivel educativo de los sujetos, estado de salud en general, problemas conductuales, alteraciones en la memoria, atención, cognición, impulsividad, empleo de fármacos de diversos tipos que afecten a la salud.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Se emplea un cuestionario diseñado *ad oc* que mide diferentes aspectos relacionados con la salud. El instrumento consta de 19 cuestiones que reflejan la salud general en relación a 4 ámbitos: salud general, actividad física, capacidad social y vigor. Cada cuestión dispone de varias opciones de respuestas colocadas en una escala Likert donde las palabras o las frases se corresponden con una escala numérica de 1 a 5. Los descriptores varían para cada ámbito y la persona que completa el cuestionario tiene que escoger sólo una respuesta.

RESULTADOS

A continuación, en la Tabla, se incluyen los resultados recogidos de la muestra a través del cuestionario relacionado con la salud.

Tabla. Resultados recogidos en el cuestionario que evalúa la percepción de aspectos relativos a la salud en una muestra de Educación Primaria.

Preguntas	Media	Desviación típica
	\bar{x}	σ
1. En general, dirías que tu salud es:	3.00667	.25820
2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que tú podrías hacer en un día normal. ¿Tu salud actual te limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?		
a. Esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	3.0000	.0000
b. Esfuerzos moderados, como limpiar la casa, levantar una silla, jugar a los bolos o nadar	3.0000	.0000
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	3.0000	.0000
d. Subir una cuesta empinada	3.0000	.0000
e. Subir un solo piso por la escalera	3.0000	.0000
f. Levantarse después de estar sentado	3.0000	.0000
g. Caminar un kilómetro o más	3.0000	.0000
h. Caminar unos 100 m	3.0000	.0000
i. Bañarse o vestirse por sí mismo	3.0000	.0000
3. ¿Hasta qué punto tu salud física o los problemas emocionales han dificultado tus actividades sociales habituales con la familia, los amigos u otras personas?	1.0000	.00000
4. Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido y cómo te ha ido el último mes. En cada pregunta responde lo que te parezca más adecuado. Durante las últimas 4 semanas con qué frecuencia:	--	--
a. ¿Te has sentido cansado/a?	4.8667	.35187
b. ¿Has tenido mucha energía?	1.0667	.25820
c. ¿Te has sentido agotado/a?	4.9333	.25820
d. ¿Te has sentido lleno/a de vitalidad?	1.0000	.00000
5. Si si te parece verdadera o falsa cada una de las siguientes frases:	--	--
a. Creo que me pongo enfermo/a más fácilmente que otras personas	2.9333	.25820
b. Estoy tan sano/a como cualquiera	1.0000	.00000
c. Creo que mi salud va a empeorar	2.9333	.25820
d. Mi salud es excelente	4.0667	.25820

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

La presente investigación tenía por objetivo principal: *Conocer la percepción que el alumnado de Educación primaria tiene sobre su salud general.* Los datos extraídos recogen que la percepción del alumnado participante es buena. La tendencia es a marcar puntuaciones intermedias. En general, los niños y niñas tienden a percibir que tienen una salud en estado óptimo. Parece fundamental que los niños perciban su salud como algo positivo porque esto influye directamente en su bienestar físico y emocional. Una percepción positiva de la salud les motiva a adoptar hábitos saludables, como la actividad física y una alimentación equilibrada. Además, cuando los niños se sienten saludables, tienden a tener mayor autoestima, lo que mejora su rendimiento académico y sus relaciones sociales. Una visión optimista de su estado físico también fortalece su resiliencia frente a enfermedades o desafíos, ayudándoles a enfrentar mejor situaciones adversas. Además, aprender a valorar su salud desde temprana edad crea una base sólida para mantener un estilo de vida saludable en la adultez. En relación al objetivo específico: *1. Conocer la percepción de la salud del alumnado de Educación Primaria los limita a la hora de realizar algún tipo de actividades.* Tanto niños como niñas señalan puntuaciones medias-altas. En general, si los niños y niñas, presentan un mayor número de alteraciones relacionadas con la salud, pueden llegar a tener dificultades para realizar actividades físicas. Todo ello, en algunos casos, limita su socialización y desarrollo general. Por ejemplo: Si el niño o niña no quieren caminar por las molestias que esto le supone, puede implicar un aumento de peso acarreado posibles problemas asociados. En la actualidad, la obesidad infantil es una de las grandes pandemias que azotan a los países occidentales. La alimentación y ejercicio físico son básicos para poder controlarla y erradicarla. Incidir en estos hábitos desde la etapa de Educación Infantil permite asentar rutinas en el día a día de niños y niñas con el objetivo de poder mantenerlos a lo largo de toda su vida. Pero es que además de los problemas de salud asociados a la alimentación y el ejercicio se presentan dificultades en las relaciones sociales. Aquellos alumnos y alumnas que no salen a jugar e interaccionar a los patios pueden llegar a establecer menos relaciones sociales. Una persona que no pueda caminar o lo hace con dificultades puede tener problemas relacionados con su movilidad con repercusiones en su vida diaria: disminución de la libertad de movimientos, disminución de la vitalidad y fatiga, alteraciones en el sueño y descanso, afectación a la imagen corporal, autoestima y afectividad, estrés debido a las limitaciones de la movilidad, reducción de la seguridad física al dificultarle los movimientos en algunas situaciones, reducción de los momentos de ocio así como la limitación al participar en diferentes tipos de actividades, presentar mayor dependencia de sustancias farmacológicas y tratamientos, además de aumentar las situaciones que implican quejas y dolores de diversa índole. En relación al objetivo específico: *2. Determinar la relación entre la salud física o los problemas emocionales con dificultades en las actividades sociales habituales entre alumnado de Educación Primaria.* En general se han sentido cansados y con baja energía o vitalidad. Este hecho puede relacionarse con el impacto que la tecnología está teniendo en nuestras vidas. En los últimos años el tiempo dedicado al empleo de pantallas hace que se reduzca la práctica de ejercicio físico incrementándose como consecuencia el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad. El sedentarismo, causado por las numerosas horas frente al ordenador, televisión, móvil y/o videojuegos, establece por tanto una directa relación con el sobrepeso infantil (Díaz y Aladro, 2016). Además ello tiene una importante influencia en el sueño infantil repercutiendo por tanto también en el rendimiento académico y en la propia percepción de cansancio que los niños manifiestan. Los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales. Por ello los programas educativos de educación para la salud deben dirigirse al conjunto de comportamientos y contextos donde se desarrollan ya que su principal finalidad es la mejora cualitativa de la salud humana. Todo este proceso debe iniciarse en la familia e implica una responsabilidad individual y social por lo que es necesario que se establezca en diferentes entornos. Ante nosotros tenemos el desafío de plantear programas desde la escuela con la intención de generar cambios que acaben por repercutir en la salud de toda la población.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Díaz, R. R., y Aladro, C. M. (2016). Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. *RqR Enfermería Comunitaria*, 4(1), 46-51.
- Green, L. (1976). *Determining the impact and Effectiveness of Health Education as it Relates to Federal Policy*. Office of the Deputy Assistant Secretary for Planning and Evaluation/Health, Education and Welfare.
- Henderson, A. C., Wölle, J., Córtese, RA, y McInths, D. V. (1981). The future of the health education profession: implications and practice. *American J. Publichealth*, 95,(6) 555-559.
- Macías, A.I., Gordillo, L.G. y Camacho, R. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr.* 39,(3) 40-43.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behaviorat health's challenge to academic,scientific and professional psychology. *Am psychol*, 35, 807-817.
- Perea Quesada, R. (1992). *Educación para la salud*. UNED.
- Rosen, G. (1958). *A history of public health*. MD Publications.
- Syme, L. (1991). La investigación Edinburgo: Scottish Health Edusobre la salud y la enfermedad en catión Group. la sociedad actual: la necesidad de una pedagogía más relevante. *Anthropos*, 118, 39-51.
- World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. Published 1948). online



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO: Evaluación de la percepción de la salud en alumnado de Educación Primaria

Autor/es: Beatriz López González

Centro de Trabajo: Consellería de Educación, Ciencia, Universidades e Formación Profesional. Xunta de Galicia. UNED.

Mail de todos los autores: bealopez@a-coruna.uned.es

Resumen

El derecho a la salud es considerado una parte fundamental de los derechos humanos y se relaciona directamente con lo que se puede entender como una vida digna. En este ámbito, educar para la salud es tanto una estrategia útil como un proceso de aprendizaje que informa, motiva y ayuda a la población, con el objetivo de adecuar el comportamiento humano y los estilos de vida. La educación para la salud debe incluirse en los diferentes niveles de enseñanza, adaptándose a la edad y características del alumnado, con la idea de reforzar hábitos y estilos de vida saludables de manera individual y colectiva.

La Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de la participación de los usuarios en la percepción y evaluación de su estado de salud. Por esta razón, la escuela, como contexto social, resulta ser un espacio para aprender a vivir y también un lugar privilegiado para evaluar el bienestar emocional de las personas y su percepción sobre la salud. En los centros educativos se detectan con frecuencia dificultades en diferentes aspectos relacionados con el bienestar de los individuos, por ello y teniendo en cuenta la importante cantidad de horas semanales que pasa el alumnado en las aulas, es también un lugar idóneo para identificar las necesidades para poder trabajar con ellos en este aspecto. Los programas de educación para la salud resultan fundamentales en este ámbito y su planteamiento sirven para mejorar tanto el proceso educativo como el desarrollo del alumnado.

El presente trabajo efectúa la evaluación de la percepción de la salud de un grupo de 15 alumnos y alumnas de Educación Primaria a quienes se les aplica un cuestionario de 19 preguntas diseñado ad hoc. Con este instrumento se recogen datos sociodemográficos de la muestra así como preguntas relativas al bienestar relacionado con la salud. Los principales resultados obtenidos indican que el alumnado percibe que, aunque su salud limita sus actividades diarias, o que se sienten con falta de vitalidad o agotados, en general perciben su propia salud como óptima. Aunque existen limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra, es preciso tener en cuenta que este tipo de investigaciones brindan nuevas maneras de intervenir en las primeras edades, de esta manera se pueden modificar hábitos y establecer formas de trabajar en las escuelas con el objetivo de mejorar la calidad de vida del alumnado.



INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho esencial y una herramienta en la vida cotidiana de todas las personas. Sin embargo, el término salud ha estado vinculado a diferentes instrumentos según el momento histórico que sea tomado como referencia. Tradicionalmente, estos instrumentos procuraban identificar variables "objetivas" que asociaban el estado de salud con ciertas características cuantificables a través de tecnologías de laboratorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describió la salud como "el estado total de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la falta de enfermedad o invalidez" (OMS, 1946). A partir de esta definición han ido surgiendo diversas formas de medirla, las cuales incluyen la percepción subjetiva del individuo, y que de forma más sensible se ven como aptas para desvelar el concepto de "salud" en una población.

Matarazzo (1980) relaciona con el concepto de salud el término conducta, definiendo la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de la filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales.

Una de estas herramientas más empleadas es la percepción del estado de salud, ya que posibilita mostrar de forma subjetiva la situación de los individuos de una población en relación a su salud. Los hallazgos de esta evaluación ofrecen una adecuada caracterización del estado de salud de una población, ya que existe una clara correlación entre una mala percepción del mismo y un incremento en la probabilidad de padecer enfermedades crónicas, además de un uso elevado de los servicios de salud. Por esta razón, resulta muy beneficioso evaluar cual es la percepción que los niños y niñas tiene sobre su salud de cara a poder trazar programas educativos en las escuelas. Entre los efectos beneficiosos de la educación para la salud en los centros educativos se puede destacar el aumento de la práctica deportiva así como la mejora del estado físico general del alumnado, el incremento de la autoestima y la potenciación de aspectos relativos a la socialización.

La Educación para la salud se constituye como materia autónoma en 1921 con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque ya se había empleado este término, por primera vez, en 1919 en una conferencia sobre salud infantil. La primera organización profesional aparece en 1922 *The public health education*, (Rosen, 1958). No será hasta 1937 cuando se establezca una cualificación profesional, y en 1977 cuando se edite un documento que regula las funciones de los educadores de la salud pública.

La Educación para la Salud se ha planteado como una de las metas más anheladas en la batalla por la igualdad y con el objetivo de conseguir una población sana con independencia y habilidad para realizar elecciones correctas en beneficio de su propia salud. Pero, a pesar de que esta educación cumple una función correctiva y preventiva que requiere que el individuo, la familia y otros colectivos sociales asuman los conocimientos necesarios para prevenir enfermedades, su objetivo principal no radica en prevenir la enfermedad, sino en fomentar estilos de vida saludables. Se promueve, de este modo, un sentido positivo de apoyo para la potenciación de la persona con la participación y administración de su propia salud.

Numerosos autores subrayan la relación entre las conductas y su impacto en la salud o la enfermedad. Aún así, también es cierto que la estrategia preventiva convencional ha estado severamente criticada por centrarse en metas demasiado analíticas o en comportamientos individuales, como por ejemplo: reducir el consumo de grasas saturadas para evitar enfermedades cardíacas. Según Syme (1991), la investigación epidemiológica evidencia que las transformaciones en los hábitos y prácticas de salud no han aparecido debido a los esfuerzos educativos orientados a comportamientos más o menos independientes, sino más bien a causa de cambios continuados.

Los hábitos saludables no se derivan exclusivamente de una serie de comportamientos autónomos, sino que se encuentran ubicados en un contexto. Por lo tanto, las estrategias educativas y las metas de cambio en Educación para la Salud deberán enfocarse en el conjunto de comportamientos y en los ámbitos en los que se desarrollan. Esto se debe a la complejidad de lograr una modificación del comportamiento si simultáneamente



no se implementan las modificaciones ambientales apropiadas. Por esta causa es esencial formarnos en salud fomentando así el compromiso de vivir una vida completa.

Para Green (1976), la educación para la salud podía entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud. Hénderson (1981) la consideraba como un proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afectan a su salud personal y a la de la comunidad. Perea Quesada (1992) entiende la Educación para la salud como un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la vida orientado hacia el conocimiento de uno mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales. La finalidad de todo este proceso sería promover estilos de vida saludable con una intención positiva de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud.

El factor emocional se viene considerando como una pieza clave en la prevención o desarrollo de numerosas enfermedades, ya que se ha comprobado que el control de los factores de riesgo tradicionales es insuficiente en cuanto efecto preventivo si el organismo no se encuentra sereno, sosegado y en paz. De aquí la necesidad de atender la salud emocional como parte integrante de la Educación para la salud. Este tipo de educación debe tener como objetivo la atención de todos los integrantes de la sociedad. Es en los escenarios educativos, como la escuela, donde se pueden plantear modificar actitudes radicales y configuraciones de las convicciones lo que repercutirá en el desarrollo de las personas.

La Educación para la salud aunque se construye sobre una serie de conceptos, para su consolidación es necesario el desarrollo de actitudes, hábitos y comportamientos positivos, fundamentados en un sistema de valores que responda a un modelo valioso de sociedad. Por ello la implementación de la educación para la salud en el Sistema Educativo tiene un sentido de transversalidad. Las escuelas deben ser fuerzas promotoras de salud donde se atiendan todas las necesidades del alumnado de un modo integral. El Sistema Educativo tiene la responsabilidad de presentar a niños y niñas informaciones adecuadas sobre la salud, pero también deben ayudarles a aclarar actitudes y comprender los valores que subyacen a las elecciones saludables, siendo capaces de ayudarles a realizar estas de un modo racional y consciente.

El papel de los docentes resulta ser un pilar esencial de la educación sanitaria escolar, ya que va a servir para mantener una comunicación constante con el alumnado a través de las herramientas pedagógicas que posee. Es el profesorado quien tiene la responsabilidad de fomentar un entorno educativo marcado por una vida académica saludable en la que se den prioridad a las relaciones llenas de afecto y solidaridad. Los Equipos docentes brindarán oportunidades y herramientas para que los estudiantes adquieran conciencia gradualmente de la interacción entre ellos, los demás y el entorno, organizando de manera lógica el conjunto de observaciones y estímulos provenientes de su medio. En este sentido, las acciones de promoción y prevención educativa están a cargo de los profesores y profesoras muchas veces a través de los contenidos tratados en materias como por ejemplo las ciencias naturales. Sin embargo, es preciso tratar este tipo de temáticas desde una perspectiva global que permita combinar actitudes, conocimientos y conductas que promuevan en los niños y niñas un estilo de vida saludable (Macias, Gordillo y Camacho, 2012).

Pero además, el rol de los progenitores es fundamental en los programas de Educación para la salud ya que aseguran la continuidad y globalización de la intervención, extendiéndola a todo el entorno del alumnado. Por este motivo resulta necesario contar con las familias para poder trabajar de una manera conjunta para facilitar el desarrollo de este tipo de programas. Por ejemplo, los padres y madres tienen una gran influencia sobre los hábitos alimentarios de los niños y son ellos los que deben decidir la cantidad y calidad de los alimentos proporcionados durante esta etapa (Macias, Gordillo, y Camacho, 2012). Además resulta importante el papel de los profesionales sociosanitarios ya que son ellos quienes desempeñan una función de apoyo y colaboración en la educación para la salud en la escuela.



El centro de la investigación van a ser los propios niños y niñas. Es necesario contar con los estudiantes, ya que van a ser ellos quienes manifiesten sus percepciones. Esto será fundamental para plantear futuros programas de intervención en los centros con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida en la infancia.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La presente investigación tiene por objetivo principal:

- Conocer la percepción que el alumnado de Educación primaria tiene sobre su salud general.

Y como objetivos específicos.

- Conocer la percepción de la salud del alumnado de Educación Primaria los limita a la hora de realizar algún tipo de actividades
- Determinar la relación entre la salud física o los problemas emocionales con dificultades en las actividades sociales habituales entre alumnado de Educación Primaria.

METODOLOGÍA

Muestra

El presente trabajo recoge la evaluación de la percepción de la salud de un grupo de 15 alumnos y alumnas de Educación Primaria a quienes se les aplica un cuestionario diseñado *ad hoc* con el que se recogen datos sociodemográficos de la muestra así como preguntas relativas al bienestar relacionado con la salud.

Se realizó una selección muestral no probabilística de un total de 15 sujetos con edades comprendidas entre 5 y 14 años. Todos ellos están matriculados en Educación Primaria. Los sujetos de esta muestra pertenece a La Coruña ciudad y su área metropolitana: Ayuntamientos de Oleiros, Sada, Bergondo, Abegondo, Arteixo, Carral, Culleredo y Cambre. La mayoría de los sujetos proceden de familias de clase media o clase media-baja y están escolarizados desde los 2-3 años. Los cuestionarios son anónimos y se ha solicitado permiso a las familias para poder administrarlos.

En relación a los datos sociodemográficos de la muestra es necesario destacar que el 53% de los participantes pertenece al género masculino y el 47% al femenino. En relación a las edades se registra que el 13% de los participantes tiene edades entre 6 y 7 años, el 24% entre 8 y 9 años y el 53% entre 10 y 14 años. En lo referente al Nivel Educativo se recogen los siguientes datos: Primer ciclo (13,3%), Segundo Ciclo (33,3%), Tercer ciclo (53,3%). A continuación, en las Imágenes 1, 2 y 3 se recogen estos datos.

Imagen 1. Distribución de la muestra según género.



Imagen 2. Distribución de la muestra según edades.

Imagen 3. Distribución de la muestra según curso.

También se han recogido datos relativos al peso, talla e Índice de masa corporal de cada sujeto. El Índice de masa corporal es (IMC) se trata de una razón matemática que asocia la masa y la talla de un sujeto, fue ideada por el Adolphe Quetelet; y también se conoce como índice de Quetelet. Es preciso señalar que no se deben aplicar los mismos valores de IMC en niños/as que en adultos debido a los continuos cambios que se producen en estatura y desarrollo. En general, a grandes rasgos se considera:

- Bajo peso (IMC<18.5)
- Rango normal (IMC=18,5-24,99)
- Sobrepeso (IMC=25-29,99)
- Obesidad (IMC>30).

A continuación, en la Tabla 1 se recogen las edades, pesos, alturas e IMC de cada uno de los sujetos del grupo experimental. Indicando además los que se consideraría en un intervalo de bajo peso o rango normal. Esto puede resultar de interés dado que aquellos sujetos que presentan un peso más elevado suelen llevar asociados más problemas relacionados con la salud.



Tabla 1.
Edades, peso, altura e IMC de la muestra.

Datos extraídos de la muestra			
Edad	Peso	Talla	Índice de masa corporal IMC
10	36	140	18.4
11	37	143	18.1
7	23	124	15
7	24	127	14.9
8	25	126	15.7
12	42	149	18.9
8	27	128	16.5
9	29	133	16.4
12	40	149	18
11	38	142	18.8
10	35	135	19.2
9	27	130	16
11	36	139	18.6
10	34	138	17.9

Bajo peso. Rango medio. Sobrepeso. Obesidad

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio a aquellos sujetos que estaban escolarizados en de Educación Primaria independientemente de la edad. Para ello se han tenido en consideración aquellos niños/as que empiezan en 5 años debido a que su fecha de nacimiento es en el último trimestre del año, así como aquellos niños/as que cumplen 14 años, pero que debido a una medida de flexibilización han repetido curso y continúan en 6° de EP a pesar de su edad.

Variables de investigación

Algunas de las variables extrañas a considerar podrían ser: Nivel socio-educativo y socio-económico de los sujetos y sus familias, estilos educativos familiares, grado del cuidado de la salud en la familia, nivel de desarrollo del lenguaje, nivel educativo de los sujetos, estado de salud en general, problemas conductuales, alteraciones en la memoria, atención, cognición, impulsividad, empleo de fármacos de diversos tipos que afecten a la salud ...

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se emplea un cuestionario diseñado *ad hoc* que mide diferentes aspectos relacionados con la salud. El instrumento consta de 19 cuestiones que reflejan la salud general en relación a 4 ámbitos: salud general, actividad física, capacidad social y vigor.

Cada cuestión dispone de varias opciones de respuestas colocadas en una escala Likert donde las palabras o las frases se corresponden con una escala numérica de 1 a 5. Los descriptores varían para cada ámbito y la persona que completa el cuestionario tiene que escoger sólo una respuesta.



RESULTADOS

A continuación, en la Tabla 2, se incluyen los resultados recogidos de la muestra a través del cuestionario relacionado con la salud.

Tabla 2. Resultados recogidos en el cuestionario que evalúa la percepción de aspectos relativos a la salud en una muestra de Educación Primaria.

Preguntas	Media \bar{x}	Desviación típica σ
1.En general, dirías que tu salud es:	3.00667	.25820
2.Las siguientes preguntas se refieren a actividades que tú podrías hacer en un día normal. ¿Tu salud actual te limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?		
a. Esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	3.0000	.0000
b. Esfuerzos moderados, como limpiar la casa, levantar una silla, jugar a los bolos o nadar	3.0000	.0000
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	3.0000	.0000
d. Subir una cuesta empinada	3.0000	.0000
e. Subir un solo piso por la escalera	3.0000	.0000
f. Levantarse después de estar sentado	3.0000	.0000
g. Caminar un kilómetro o más	3.0000	.0000
h. Caminar unos 100 m	3.0000	.0000
i. Bañarse o vestirse por sí mismo	3.0000	.0000
3.¿Hasta qué punto tu salud física o los problemas emocionales han dificultado tus actividades sociales habituales con la familia, los amigos u otras personas?	1.0000	.00000
4. Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido y cómo te ha ido el último mes. En cada pregunta responde lo que te parezca más adecuado. Durante las últimas 4 semanas con qué frecuencia:	--	--
a. ¿Te has sentido cansado/a?	4.8667	.35187
b. ¿Has tenido mucha energía?	1.0667	.25820
c. ¿Te has sentido agotado/a?	4.9333	.25820
d. ¿Te has sentido lleno/a de vitalidad?	1.0000	.00000
5.Di si te parece verdadera o falsa cada una de las siguientes frases:	--	--
a. Creo que me pongo enfermo/a más fácilmente que otras personas	2.9333	.25820
b. Estoy tan sano/a como cualquiera	1.0000	.00000
c. Creo que mi salud va a empeorar	2.9333	.25820
d. Mi salud es excelente	4.0667	.25820



Tal y como se puede ver en la Tabla 2 el alumnado de la muestra percibe, de media, que su salud es buena aunque la desviación típica indica que existe gran desviación en las respuestas ($\sigma=.2582$). En relación a las actividades que puede realizar en su vida cotidiana, el alumnado indica que la salud limita de un modo intermedio la realización de actividades. Todo ello sin dispersión de las respuestas ($\sigma=0$). En relación a la cuestión “¿Hasta qué punto tu salud física o los problemas emocionales han dificultado tus actividades sociales habituales con la familia, los amigos u otras personas?”, todos el alumnado participante recoge que ni la salud física ni los problemas emociones han dificultado sus relaciones sociales habituales con los demás. En relación a la cuestión relativa a “cómo te has sentido y cómo te han ido las cosas durante el último mes” la mayoría de los alumnos indican que se han sentido cansados o agotados aunque este tipo de preguntas cuentan con una gran dispersión en la respuesta, especialmente en relación a sentirse cansado ($\sigma=.35187$). En lo tocante a si han tenido mucha energía o vitalidad, la mayoría indica que poca. El alumnado percibe que sí que *se pone enfermo/a más fácilmente que otras personas* ($\bar{x}=2.9333$; $\sigma=.25820$). En relación a la afirmación “Estoy tan sano/a como cualquiera” se expresa un menor acuerdo sin dispersión en las respuestas ($\bar{x}=1$; $\sigma=0$). En cambio con el ítem “Creo que mi salud va a empeorar” existe dispersión en las respuestas, pero la tendencia es que el alumnado piense que su salud va a ir a peor ($\bar{x}=2.9333$; $\sigma=.25820$). En relación a la cuestión de si su *salud es excelente*, de media la mayoría percibe que si es muy buena aunque se observa dispersión de respuestas al respecto ($\bar{x}=4.066$; $\sigma=.25820$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los centros educativos es donde se enseñan unos adecuados hábitos de autocuidado relativos a la alimentación, higiene, deporte... necesarios para la prevención primaria de diferentes tipos de trastornos. Por ello, los colegios son espacios adecuados para acercar al alumnado al conocimiento de las diversas partes de su cuerpo, cuidados, prevención de patologías... repercutiendo así en mejoras de la calidad de vida de la población.

Todo ello lleva a pensar en la necesidad de incluir estos contenidos en las programaciones didácticas de asignaturas como Educación física o Ciencias de la naturaleza. O añadirse diversos aspectos relacionados de modo transversal en otras materias. La idea es realizar un acercamiento a estas casuísticas, desde las primeras edades, para conseguir prevenir, de este modo, posibles dificultades futuras en el alumnado.

La presente investigación tenía por objetivo principal: *Conocer la percepción que el alumnado de Educación primaria tiene sobre su salud general*. Los datos extraídos recogen que la percepción del alumnado participante es buena. La tendencia es a marcar puntuaciones intermedias. En general, los niños y niñas tienden a percibir que tienen una salud en estado óptimo. Parece fundamental que los niños perciban su salud como algo positivo porque esto influye directamente en su bienestar físico y emocional. Una percepción positiva de la salud les motiva a adoptar hábitos saludables, como la actividad física y una alimentación equilibrada. Además, cuando los niños se sienten saludables, tienden a tener mayor autoestima, lo que mejora su rendimiento académico y sus relaciones sociales. Una visión optimista de su estado físico también fortalece su resiliencia frente a enfermedades o desafíos, ayudándoles a enfrentar mejor situaciones adversas. Además, aprender a valorar su salud desde temprana edad crea una base sólida para mantener un estilo de vida saludable en la adultez

En relación al objetivo específico: 1. *Conocer la percepción de la salud del alumnado de Educación Primaria los limita a la hora de realizar algún tipo de actividades*. Tanto niños como niñas señalan puntuaciones medias-altas. En general, si los niños y niñas, presentan un mayor número de alteraciones relacionadas con la salud, pueden llegar a tener dificultades para realizar actividades físicas. Todo ello, en algunos casos, limita su socialización y desarrollo general. Por ejemplo: Si el niño o niña no quieren caminar por las molestias que esto le supone, puede implicar un aumento de peso acarreando posibles problemas asociados.

En la actualidad, la obesidad infantil es una de las grandes pandemias que azotan a los países occidentales. La alimentación y ejercicio físico son básicos para poder controlarla y erradicarla. Incidir en estos hábitos desde



la etapa de Educación Infantil permite enseñar rutinas en el día a día de niños y niñas con el objetivo de poder mantenerlos a lo largo de toda su vida. Pero es que además de los problemas de salud asociados a la alimentación y el ejercicio se presentan dificultades en las relaciones sociales. Aquellos alumnos y alumnas que no salen a jugar e interactúan en los patios pueden llegar a establecer menos relaciones sociales. Una persona que no pueda caminar o lo hace con dificultades puede tener problemas relacionados con su movilidad con repercusiones en su vida diaria: disminución de la libertad de movimientos, disminución de la vitalidad y fatiga, alteraciones en el sueño y descanso, afectación a la imagen corporal, autoestima y afectividad, estrés debido a las limitaciones de la movilidad, reducción de la seguridad física al dificultarle los movimientos en algunas situaciones, reducción de los momentos de ocio así como la limitación al participar en diferentes tipos de actividades, presentar mayor dependencia de sustancias farmacológicas y tratamientos, además de aumentar las situaciones que implican quejas y dolores de diversa índole.

En relación al objetivo específico: *2. Determinar la relación entre la salud física o los problemas emocionales con dificultades en las actividades sociales habituales entre el alumnado de Educación Primaria.* En general se han sentido cansados y con baja energía o vitalidad. Este hecho puede relacionarse con el impacto que la tecnología está teniendo en nuestras vidas. En los últimos años el tiempo dedicado al empleo de pantallas hace que se reduzca la práctica de ejercicio físico incrementándose como consecuencia el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad. El sedentarismo, causado por las numerosas horas frente al ordenador, televisión, móvil y/o videojuegos, establece por tanto una directa relación con el sobrepeso infantil (Díaz y Aladro, 2016). Además ello tiene una importante influencia en el sueño infantil repercutiendo por tanto también en el rendimiento académico y en la propia percepción de cansancio que los niños manifiestan.

Los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales. Por ello los programas educativos de educación para la salud deben dirigirse al conjunto de comportamientos y contextos donde se desarrollan ya que su principal finalidad es la mejora cualitativa de la salud humana.

Todo este proceso debe iniciarse en la familia e implica una responsabilidad individual y social por lo que es necesario que se establezca en diferentes entornos. Ante nosotros tenemos el desafío de plantear programas desde la escuela con la intención de generar cambios que acaben por repercutir en la salud de toda la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz, R. R., y Aladro, C. M. (2016). Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil, como problema de salud pública. *RqR Enfermería Comunitaria*, 4(1), 46-51.
- Green, L. (1976). *Determining the impact and Effectiveness of Health Education as it Relates to Federal Policy*. Office of the Deputy Assistant Secretary for Planning and Evaluation/Health, Education and Welfare.
- Henderson, A. C , Wolle, J., Córtese, RA. y Mcinths, D. V. (1981). The future of the health education profession: implications and practice. *American. J. Publichealth*, 95,(6) 555-559.
- Macias, A.I., Gordillo, L.G. y Camacho, R. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr.* 39,(3) 40-43.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behaviorat health's challenge to academic.scientific and professional psychology. *Am psychol*, 35, 807-817.
- Perea Quesada, R. (1992). *Educación para la salud*. UNED.
- Rosen, G. (1958). *A history of public health*. MD Publications.
- Syme, L. (1991). La investigación Edinburgo: Scottish Health Edusobre la salud y la enfermedad en catión Group. la sociedad actual: la necesidad de una pedagogía más relevante. *Anthropos*, 118, 39-51.
- World Health Organization. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. Published online 1948).

EN LA ESCUELA, MANCUERNAS

Llorente Castillo, María Ascensión mallorentec@saludcastillayleon.es; Tejedor Zarzuela María Henar mhtejedorz@saludcastillayleon.es; Martínez Ramírez, Gloria gmartinezr@saludcastillayleon.es; Álvarez San José, Elena ealvarezsa@saludcastillayleon.es; Martín Bravo, Beatriz bmartinbra@saludcastillayleon.es; San Romualdo Illana, Amalia asanromualdo@saludcastillayleon.es; Sanz Montarelo María Luisa msanzmo@saludcastillayleon.es

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Proporcionar herramientas a adolescentes y jóvenes para obtener una condición física saludable.
Mejorar la capacidad aeróbica, la fuerza, la flexibilidad, la resistencia, la estabilidad y coordinación de los jóvenes

REVISIÓN/ REVIEW

El ejercicio de fuerza en edad escolar es crucial para el desarrollo físico y bienestar general de los niños. Aunque a menudo se asocia con adultos, incorporar ejercicios de fuerza adecuados en niños tiene numerosos beneficios:

1. Fortalecimiento muscular: mejora la resistencia y fuerza muscular, lo que apoya actividades cotidianas y deportivas.
 2. Mejora de la postura y estabilidad: fortalece los músculos que sostienen la columna vertebral, lo que ayuda a prevenir malas posturas y problemas de espalda
 3. Desarrollo de la coordinación y equilibrio: al trabajar con diferentes grupos musculares, los niños mejoran su coordinación y equilibrio
 4. Prevención de lesiones: unos músculos fuertes protegen las articulaciones y previenen lesiones durante el juego y las actividades físicas.
 5. Salud ósea: los ejercicios de fuerza promueven el crecimiento óseo y reducen el riesgo de enfermedades como la osteoporosis en el futuro
 6. Confianza y autoestima: al mejorar sus habilidades físicas, los niños pueden ganar confianza en sí mismos
- Para lograr los objetivos en el ejercicio de fuerza debemos considerar unas precauciones importantes:
- supervisión adecuada: siempre debe haber un adulto o fisioterapeuta guiando los ejercicios
 - Enfocar en la técnica: la prioridad es aprender la técnica correcta antes de aumentar la intensidad
 - No levantar pesas excesivas: es mejor utilizar el propio peso corporal o resistencias ligeras progresivas.

Figuras/ Fotos/ Gráficos y tablas / Figures/ Pictures/ Graphs



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

El ejercicio de fuerza durante las etapas tempranas de la vida fomenta un estilo de vida activo, estableciendo hábitos saludables que pueden perdurar toda la vida.

Bajo una supervisión adecuada del fisioterapeuta, se puede desarrollar la coordinación, el equilibrio, prevenir lesiones, aumentar la salud musculoesquelética, mejorar postura y estabilidad.

REFERENCIAS/ REFERENCES

1. Faigenbaum, A. D., & Myer, G. D. (2010)
2. Lloyd, R. S., Faigenbaum, A. D., et al. (2014)
3. Behm, D. G., Young, J. D. , et al. (2008)
4. Granacher, U., Lesinski, M. , et al. (2016)
5. American Academy of Pediatrics (2008)

RCPEANDO

Llorente Castillo, María Ascensión mallorentec@saludcastillayleon.es; Tejedor Zarzuela María Henar mhtejedorz@saludcastillayleon.es; Martínez Ramírez, Gloria gmartinezr@saludcastillayleon

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Proporcionar los conocimientos adecuados para salvar vidas de acuerdo a la edad de los escolares.
Concienciar a los jóvenes la importancia de establecer un protocolo de actuación ante una situación de emergencia.

REVISIÓN/ REVIEW

Equipos multidisciplinares de [médic@s](#), [enfermer@s](#) y fisioterapeutas de Atención Primaria de Segovia realizaron Educación para la Salud en colegios e institutos del área para enseñar a los menores a manejar situaciones de emergencia sanitaria en función de la edad de los escolares.

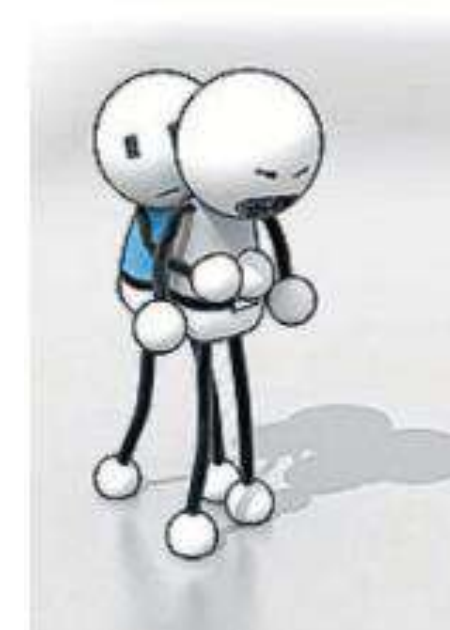
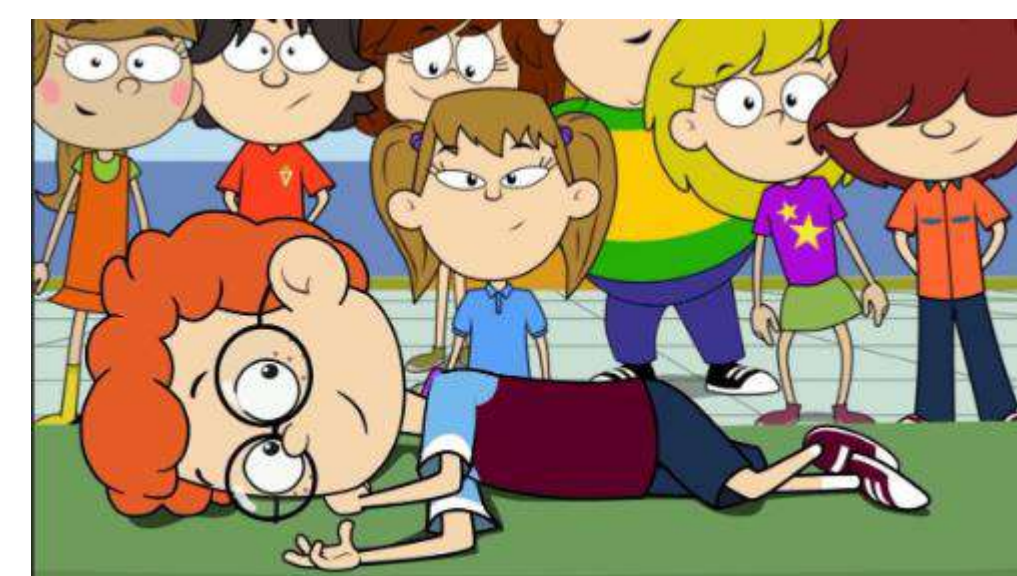
Se abordaron los siguientes temas:

1. Regla PAS (Proteger, Avisar, Socorrer)
2. Evaluación del nivel de consciencia. PSL (Postura Lateral de Seguridad)
3. Manejo de situaciones de atragantamiento. Maniobra de Heimlich
4. Maniobras de RCP (Reanimación Cardio Pulmonar)
5. Primeros auxilios básicos

Se realizaron prácticas con maniquí, colchonetas, y simulador de Heimlich entre los alumnos para practicar in situ la teoría aprendida.

Anualmente se repiten los ciclos formativos, observando cómo los menores recuerdan lo aprendido el año pasado y refuerzan sus conocimientos en soporte vital básico.

Figuras/ Fotos/ Gráficos y tablas / Figures/ Pictures/ Graphs



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

- La enseñanza de maniobras básicas para manejar situaciones de emergencia sanitaria es primordial desde las primeras etapas de la escolarización.
- Las prácticas in situ sobre las diferentes situaciones refuerza el aprendizaje de los contenidos en función de sus capacidades cognitivas.

REFERENCIAS/ REFERENCES

1. "Guía de Soporte Vital Básico y Desfibrilación Externa Automatizada (DEA)" (2021)
2. "Soporte Vital Básico y Primeros Auxilios" (2020)



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Intervenção de enfermagem de saúde escolar na promoção da sexualidade saudável na adolescência: Scoping Review

Autores: Ana Catarina Montalvo Rosa da Silva e Cláudia Mariana Julião Bacatum

Centro de Trabajo: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL, Lisboa, Portugal

Mail de todos los autores: a.silva@campus.esel.pt e claudia.bacatum@esel.pt

Resumen:

INTRODUÇÃO: A adolescência é considerada uma etapa complexa que acarreta vários desafios para os profissionais de saúde. A OMS considera a educação sexual uma prioridade na adolescência devido às consequências dos comportamentos sexuais, tendo as intervenções de saúde escolar um grande reconhecimento pelo impacto na saúde sexual dos adolescentes (Loureiro et al, 2021).

OBJETIVO: Mapear a evidência científica relativa às intervenções de enfermagem para a promoção da sexualidade saudável dos adolescentes em contexto escolar.

METODOLOGIA: Esta *scoping review* foi realizada de acordo com a metodologia JBI para revisões *scoping*. Foi realizada pesquisa na plataforma EBSCO Host nas bases de dados científicas CINAHL e MEDLINE e foram definidos critérios de inclusão: horizonte temporal compreendido entre 2019 e 2024 inclusive, estudos com idioma português, inglês e espanhol e disponibilidade de leitura integral gratuita. A questão de revisão foi desenhada através da mnemónica PCC para *scoping review*, sendo a população “adolescentes”, conceito, “intervenções de enfermagem na promoção da sexualidade saudável;” e contexto, “contexto escolar”. Definiu-se a questão de investigação como: “Quais as intervenções de enfermagem para a promoção da sexualidade saudável dos adolescentes em meio escolar?”

RESULTADOS: Dos 302 estudos identificados nas bases de dados referidas, 5 foram selecionados para análise. Em todos os estudos realizados, a adolescência é descrita como uma fase vulnerável relativamente à sexualidade e na qual o enfermeiro tem um papel relevante^{1,2,3,4,5}. Os adolescentes são vulneráveis a IST's, gravidezes indesejadas, abortos realizados de forma insegura e relações abusivas⁵ devido à combinação de fatores comportamentais, biológicos e culturais². É importante que sejam abordados tópicos como o consenso mútuo na relações, a violência e as formas de abuso sexual.⁵ O trabalho em equipa entre profissionais de saúde, professores e pares é descrita como benéfica na abordagem aos adolescentes.^{3,5} A Teoria da Situação Específica de comportamentos promotores de saúde sexual em adolescentes considera os conceitos que permitem gerar esses comportamentos e que assegurem viver uma sexualidade saudável num contexto de apoio da enfermagem.¹

CONCLUSÕES: Empoderar a enfermagem de saúde escolar e promover a sua implementação nas escolas é fundamental para uma eficiente educação sexual. Abordagens inovadoras utilizando redes sociais, workshops, sessões de educação sexual, educação por pares e intervenções focadas na vertente psicoafetiva e socio-emocional demonstram ter um grande impacto em mudanças de comportamento dos adolescentes a longo prazo. É fundamental capacitar os enfermeiros para atuarem como agentes promotores de mudanças de comportamentos através de uma parceria com a comunidade educativa para a promoção de comportamentos saudáveis em relação à sexualidade, contribuindo também para uma aprendizagem social e emocional.



Referências:

- 1: Cervantes Lara, C. A., Casique Casique, L., & Álvarez Aguirre, A. (2023). Conducta promotora de salud sexual en adolescentes: Propuesta de teoría de situación específica. *Cultura de Los Cuidados*, 27(65), 249–261. <https://doi.org/10.14198/cuid.2023.65.19>
- 2: Ermitão, V., Do Céu Gonçalves, M., & Costa, A. (2021). Promoção da saúde dos adolescentes no âmbito da educação sexual: Um projeto de intervenção comunitária. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 91–102.
- 3: Loureiro, F., Ferreira, M., Sarreira-de-Oliveira, P., & Antunes, V. (2021). Interventions to promote a healthy sexuality among school adolescents: A scoping review. *Journal of Personalized Medicine*, 11(11), Article 1155. <https://doi.org/10.3390/jpm11111155>
- 4: Navarro-Prado, S., Tovar-Gálvez, M. I., Sánchez-Ojeda, M. A., Luque-Vara, T., Fernández-Gómez, E., Martín-Salvador, A., & Marín-Jiménez, A. E. (2023). Type of sex education in childhood and adolescence: Influence on young people's sexual experimentation, risk and satisfaction: The necessity of establishing school nursing as a pillar. *Healthcare*, 11(12), 1668. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121668>
- 5: Shorey, S., & Chua, C. M. S. (2023). Perceptions, experiences, and needs of adolescents about school-based sexual health education: Qualitative systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 52(4), 1665–1687. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02504-3>

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE ESCOLAR NA PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA: SCOPING REVIEW

Ana Catarina Montalvo Rosa da Silva (a.silva@campus.esel.pt); Cláudia Mariana Julião Bacatum (claudia.bacatum@esel.pt)

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Mapear a evidência científica relativa às intervenções de enfermagem para a promoção da sexualidade saudável dos adolescentes em contexto escolar.

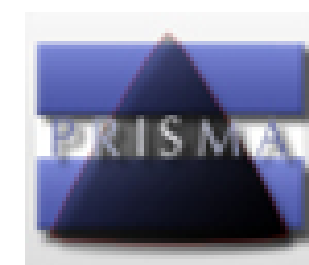
REVISIÓN/ REVIEW

INTRODUÇÃO: A adolescência é considerada uma etapa complexa que acarreta vários desafios para os profissionais de saúde. A OMS considera a educação sexual uma prioridade na adolescência devido às consequências dos comportamentos sexuais, tendo as intervenções de saúde escolar um grande reconhecimento pelo impacto na saúde sexual dos adolescentes (Loureiro et al, 2021).

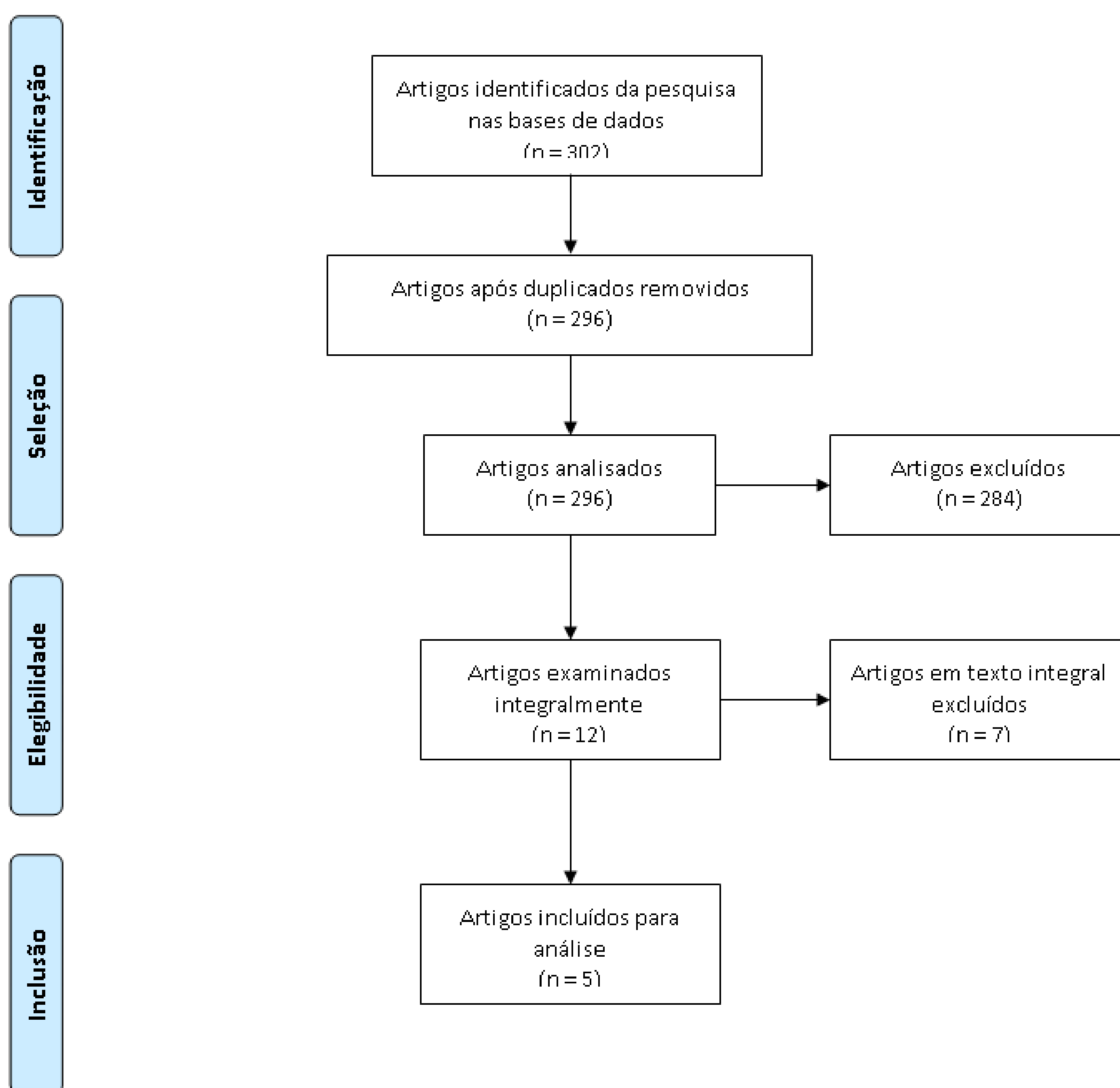
OBJETIVO: Mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem para a promoção da sexualidade saudável dos adolescentes em contexto escolar.

METODOLOGIA: Esta *scoping review* foi realizada de acordo com a metodologia JBI e foi realizada pesquisa na plataforma EBSCO Host nas bases de dados científicas CINAHL e MEDLINE com critérios de inclusão: horizonte temporal compreendido entre 2019 e 2024 inclusive, estudos com idioma português, inglês e espanhol e disponibilidade de leitura integral gratuita. A questão de revisão foi desenhada através da mnemónica PCC para *scoping review*, sendo a população “adolescentes”, conceito, “intervenções de enfermagem na promoção da sexualidade saudável,” e contexto, “contexto escolar”. Definiu-se a questão de investigação como: “Quais as intervenções de enfermagem para a promoção da sexualidade saudável dos adolescentes em meio escolar?”

RESULTADOS: Dos 302 estudos identificados nas bases de dados referidas, 5 foram selecionados para análise. Em todos os estudos realizados, a adolescência é descrita como uma fase vulnerável relativamente à sexualidade e na qual o enfermeiro tem um papel relevante^{1,2,3,4,5}. Os adolescentes são vulneráveis a IST's, gravidezes indesejadas, abortos realizados de forma insegura e relações abusivas⁵ devido à combinação de fatores comportamentais, biológicos e culturais². É importante que sejam abordados tópicos como o consenso mútuo na relações, a violência e as formas de abuso sexual.⁵ O trabalho em equipa entre profissionais de saúde, professores e pares é descrita como benéfica na abordagem aos adolescentes.^{3,5} A Teoria da Situação Específica de comportamentos promotores de saúde sexual em adolescentes considera os conceitos que permitem gerar esses comportamentos e que assegurem viver uma sexualidade saudável num contexto de apoio da enfermagem.¹



PRISMA 2009 Flow Diagram¹



¹Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Empoderar a enfermagem de saúde escolar e promover a sua implementação nas escolas é fundamental para uma eficiente educação sexual. Abordagens inovadoras utilizando redes sociais, workshops, sessões de educação sexual, educação por pares e intervenções focadas na vertente psicoafetiva e socio-emocional demonstram ter um grande impacto em mudanças de comportamento dos adolescentes a longo prazo. É fundamental capacitar os enfermeiros para atuarem como agentes promotores de mudanças de comportamentos através de uma parceria com a comunidade educativa para a promoção de comportamentos saudáveis em relação à sexualidade, contribuindo também para uma aprendizagem social e emocional.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- 1: Cervantes Lara, C. A., Casique Casique, L., & Álvarez Aguirre, A. (2023). Conducta promotora de salud sexual en adolescentes: Propuesta de teoría de situación específica. *Cultura de Los Cuidados*, 27(65), 249–261. <https://doi.org/10.14198/cuid.2023.65.19>
- 2: Ermitão, V., Do Céu Gonçalves, M., & Costa, A. (2021). Promoção da saúde dos adolescentes no âmbito da educação sexual: Um projeto de intervenção comunitária. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 91–102.
- 3: Loureiro, F., Ferreira, M., Sarreira-de-Oliveira, P., & Antunes, V. (2021). Interventions to promote a healthy sexuality among school adolescents: A scoping review. *Journal of Personalized Medicine*, 11(11), Article 1155. <https://doi.org/10.3390/jpm11111155>
- 4: Navarro-Prado, S., Tovar-Gálvez, M. I., Sánchez-Ojeda, M. A., Luque-Vara, T., Fernández-Gómez, E., Martín-Salvador, A., & Marín-Jiménez, A. E. (2023). Type of sex education in childhood and adolescence: Influence on young people's sexual experimentation, risk and satisfaction: The necessity of establishing school nursing as a pillar. *Healthcare*, 11(12), 1668. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121668>
- 5: Shorey, S., & Chua, C. M. S. (2023). Perceptions, experiences, and needs of adolescents about school-based sexual health education: Qualitative systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 52(4), 1665–1687. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02504-3>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO DEL CAPITULO: LA TRASCENDENCIA DEL DESARROLLO SENSORIAL INFANTIL EN LA ERA DIGITAL

Autor: Valentín Martínez-Otero Pérez

Centro de Trabajo: Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid

valenmop@edu.ucm.es

Resumen:

Es esencial prestar atención al desarrollo sensorial desde la infancia temprana. La educación sensorial juega un papel clave en el proceso pedagógico, facilita el despliegue de todas las demás dimensiones del aprendizaje. Aunque todo aprendizaje implica un componente sensorial, a menudo se pasa por alto esta realidad. Desde la niñez, cada vez estamos más inmersos en ambientes tecnificados y artificiales. El entorno infantil se vuelve crecientemente tecnológico, con los niños rodeados de pantallas que utilizan para jugar, entretenerse y realizar tareas escolares. Estos dispositivos son omnipresentes a lo largo del día, desde el desayuno y el trayecto hacia el colegio, durante su tiempo en clase, hasta el momento de irse a la cama. Una parte considerable de su tiempo se destina al uso de la tecnología.

El uso de tecnologías digitales por parte de los niños, incluso antes de los dos años, ha aumentado tanto en los hogares como en las escuelas. Esto puede explicar por qué el desarrollo sensorial es a menudo insuficiente, a pesar de que, paradójicamente, los niños reciben una avalancha de estímulos que, aunque llamativos, pueden ser inapropiados. Estos contenidos impactan su desarrollo cognitivo, emocional, moral, social y corporal. La sobreexposición a las pantallas, independientemente de los estímulos audiovisuales que reciben, resulta perjudicial para el desarrollo saludable de la personalidad.

La Organización Mundial de la Salud (2019) ha destacado que, para crecer de manera saludable, los niños deben pasar menos tiempo sentados, a menudo frente a una pantalla, dormir mejor y jugar más. Este organismo de las Naciones Unidas advierte que más del 23% de los adultos y el 80% de los adolescentes no realizan suficiente actividad física. El incumplimiento de las recomendaciones actuales sobre actividad física, que deberían establecerse desde la infancia, causa más de 5 millones de muertes anuales en todo el mundo en todos los grupos de edad.

Palabras clave: Educación sensorial; desarrollo; tecnología; estimulación; actividad física.

LA TRASCENDENCIA DEL DESARROLLO SENSORIAL INFANTIL EN LA ERA DIGITAL

Valentín Martínez-Otero Pérez. Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid. valenmop@edu.ucm.es

OBJETIVOS/ OBJETIVES

- Fomentar la educación sensorial desde la temprana infancia. - Reducir la exposición a pantallas. - Aumentar la actividad física.

REVISIÓN/ REVIEW

1. Introducción

Es fundamental priorizar el desarrollo sensorial en la infancia temprana, ya que la educación sensorial es clave para potenciar todas las dimensiones del aprendizaje. Sin embargo, en un entorno cada vez más tecnificado, los niños pasan mucho tiempo expuestos a pantallas para jugar, entretenerse y estudiar, lo que limita su desarrollo sensorial. Aunque reciben numerosos estímulos visuales y auditivos, estos pueden ser inapropiados y perjudiciales para su crecimiento cognitivo, emocional y social. La Organización Mundial de la Salud (2019) resalta la importancia de que los niños reduzcan el tiempo frente a pantallas, duerman adecuadamente y aumenten su actividad física.

2. El desarrollo y la integración sensorial

El desarrollo sensorial, que incluye los sentidos externos e internos, debe ser cultivado desde la infancia para facilitar la adquisición sensorial. Los sentidos actúan como puertas a la realidad, y aunque los bebés nacen con un equipamiento sensorial adecuado, es crucial estimular su desarrollo en un entorno enriquecedor. La educación sensorial, según Piaget (2001), es fundamental en la etapa sensoriomotora, que sienta las bases del desarrollo intelectual. La estimulación adecuada, pedagógicamente fundamentada, es vital para un crecimiento saludable, y las aulas deben adaptarse a las diversas necesidades de los niños. Aunque muchos niños procesan la información sensorial sin problemas, algunos pueden enfrentar dificultades que requieren apoyo escolar.

3. Educación de los sentidos

Los sentidos son esenciales para conectar al ser humano con el mundo y consigo mismo, y el cerebro organiza la información que percibimos. El sistema nervioso central procesa los estímulos sensoriales que provienen de diferentes modalidades, lo que permite la integración de la percepción. La metodología de Montessori (2004; s/f) enfatiza la educación sensorial a través de materiales específicos, ayudando a los niños a refinar sus percepciones y a desarrollar su inteligencia. Un ambiente cuidadosamente preparado es fundamental para potenciar el aprendizaje y la exploración sensorial, lo que contribuye al desarrollo integral del niño.

4. La educación sensorial en perspectiva histórica

Históricamente, la educación ha privilegiado la razón sobre los sentidos. Filósofos como Platón y San Agustín reconocieron la importancia de la percepción sensorial, pero el enfoque educativo se centró más en el pensamiento racional. A partir del siglo XVIII, se comienza a valorar la educación sensorial en el aprendizaje.

5. Visión actual de la educación sensorial

En la actualidad, la educación sensorial es esencial para el desarrollo integral de los niños. La interacción con el mundo a través de los sentidos necesita ser guiada para facilitar el aprendizaje. No se debe dejar el desarrollo sensorial a la espontaneidad, sino que requiere planificación pedagógica. La integración de los sentidos en el currículo permite que los niños procesen información vital para su adaptación y supervivencia. La educación sensorial debe abarcar tanto los sentidos externos como los internos, con objeto de favorecer un aprendizaje significativo y completo.



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

La atención a los sentidos en la educación es crucial para la comprensión del ser humano. Cada experiencia sensorial impacta la sensibilidad infantil, y el entorno escolar debe ofrecer estímulos que sean adecuadamente procesados. La omisión de la educación sensorial puede llevar a una regresión en el desarrollo formativo del niño. Si bien el pensamiento racional es fundamental, un enfoque educativo integral que incluya los sentidos es necesario para evitar un aprendizaje fragmentado. Fomentar experiencias sensoriales ricas en contextos educativos artificiales es clave para una educación holística y personalizada.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Montessori, M. (2004). La mente absorbente del niño. México, D.F., Diana.
Montessori, M. (s/f). Ideas generales sobre mi método. Manual práctico. Madrid, Cepe.
Organización Mundial de la Salud. (2019). Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más. Comunicado de prensa. <https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>
Pestalozzi, J. H. (2006). Cartas sobre educación infantil. Madrid, Tecnos.
Piaget, J. (2001). Inteligencia y afectividad. Buenos Aires, Aique.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: LA TRASCENDENCIA DEL DESARROLLO SENSORIAL INFANTIL EN LA ERA DIGITAL

Autor: Valentín Martínez-Otero Pérez

Centro de Trabajo: Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid

Mail del autor: valenmop@edu.ucm.es

Texto completo (no más de 12 páginas):

1. Introducción

Es esencial prestar atención al desarrollo sensorial desde la infancia temprana. La educación sensorial juega un papel clave en el proceso pedagógico, facilita el despliegue de todas las demás dimensiones del aprendizaje. Aunque todo aprendizaje implica un componente sensorial, a menudo se pasa por alto esta realidad. Desde la niñez, cada vez estamos más inmersos en ambientes tecnificados y artificiales. El entorno infantil se vuelve crecientemente tecnológico, con los niños rodeados de pantallas que utilizan para jugar, entretenerse y realizar tareas escolares. Estos dispositivos son omnipresentes a lo largo del día, desde el desayuno y el trayecto hacia el colegio, durante su tiempo en clase, hasta el momento de irse a la cama. Una parte considerable de su tiempo se destina al uso de la tecnología.

El uso de tecnologías digitales por parte de los niños, incluso antes de los dos años, ha aumentado tanto en los hogares como en las escuelas. Esto puede explicar por qué el desarrollo sensorial es a menudo insuficiente, a pesar de que, paradójicamente, los niños reciben una avalancha de estímulos que, aunque llamativos, pueden ser inapropiados. Estos contenidos impactan su desarrollo cognitivo, emocional, moral, social y corporal. La sobreexposición a las pantallas, independientemente de los estímulos audiovisuales que reciben, resulta perjudicial para el desarrollo saludable de la personalidad.

La Organización Mundial de la Salud (2019) ha destacado que, para crecer de manera saludable, los niños deben pasar menos tiempo sentados, a menudo frente a una pantalla, dormir mejor y jugar más. Este organismo de las Naciones Unidas advierte que más del 23% de los adultos y el 80% de los adolescentes no realizan suficiente actividad física. El incumplimiento de las recomendaciones actuales sobre actividad física, que deberían establecerse desde la infancia, causa más de 5 millones de muertes anuales en todo el mundo en todos los grupos de edad.

2. El desarrollo y la integración sensorial

El desarrollo sensorial, que abarca los sentidos externos (tacto, vista, oído, olfato y gusto) así como la sensibilidad interna, tanto propioceptiva (movimientos y posición del cuerpo) como cenestésica (sensación general del estado corporal), necesita ser cultivado. A través de los sentidos, descubrimos el mundo y



captamos las cualidades de nuestro entorno. Estos sentidos, que actúan de manera interconectada, funcionan como puertas que nos abren a la realidad.

A pesar de que los bebés ya cuentan con un equipamiento sensorial adecuado al nacer, es fundamental fomentar su desarrollo desde la temprana infancia para lograr la máxima adquisición sensorial posible. La educación sensorial es de suma importancia, ya que el pensamiento se nutre de la materia prima que le proporcionan los sentidos.

La relevancia de los sentidos es tan notable que el psicólogo suizo Piaget (2001) denominó “período sensoriomotor” a la etapa que abarca desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años, base del desarrollo intelectual humano.

Si bien la genética proporciona una base esencial para el desarrollo cerebral, también es necesario contar con un entorno estimulante adecuado. La influencia del contexto familiar y escolar en los procesos sensoriales durante la infancia es significativa, por lo que es necesario enriquecer el ambiente de manera equilibrada.

La estimulación resulta beneficiosa cuando está fundamentada pedagógicamente, es decir, cuando tiene un propósito educativo. Tanto la sobreestimulación como la insuficiencia de estímulos pueden ser perjudiciales.

Las etapas infantil y primaria presentan amplias oportunidades para implementar y promover actividades estimulantes, siguiendo criterios tanto cuantitativos como cualitativos, que estén alineadas con el repertorio sensorial y la organización neuropsicológica del niño, y que contribuyan a su desarrollo saludable. La estimulación en el hogar, en el aula, en la escuela, en la calle y a través de las tecnologías debería tener un impacto positivo. A fin de cuentas, ya sea por medio de una estimulación programada o de una estimulación imprevista, todo converge en la unidad personal y sus capacidades funcionales.

Cada aula está compuesta por una población escolar diversa, si se consideran las potencialidades, limitaciones, intereses y circunstancias de los educandos. Desde un enfoque psicopatológico, los trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, están particularmente relacionados con problemas en el procesamiento sensorial infantil.

Aunque en la mayoría de los niños, incluidos los bebés, el procesamiento y la integración sensorial se llevan a cabo de manera adecuada, algunos pueden tener dificultades debido a factores genéticos, ambientales o por padecer alguno de los trastornos mencionados. En el ámbito escolar, es fundamental identificar las dificultades en el desarrollo y en el procesamiento sensorial, así como ofrecer el apoyo necesario.

Generalmente, los niños nacen con el equipamiento sensorial necesario para organizar la información que reciben, lo que influye en su conexión con el entorno, su relación con los demás, su aprendizaje, su actividad motriz y su autorregulación. Sin embargo, a veces surgen disfunciones en el proceso de integración sensorial, que otorga unidad a las sensaciones, lo cual podría explicar ciertos problemas en la regulación conductual, motora, emocional y social. Este tema es complejo y se puede afirmar que, en tales casos, la respuesta a los estímulos ambientales es deficitaria, pero es posible mitigar las dificultades de integración sensorial mediante intervenciones psicopedagógicas.

La destacada autora estadounidense Ayres (1998) define la integración sensorial como la capacidad de organizar la información sensorial para su uso. La teoría de la integración sensorial, respaldada por la neurociencia, proporciona una base educativa relevante para todos los alumnos, no solo para aquellos con dificultades. La falta de información adecuada por parte del profesorado impide la implementación de



principios y estrategias sensoriales. Sin un conocimiento y comprensión adecuados de la integración multisensorial, que se pueden obtener a través de la formación docente, resulta difícil promover su uso en las aulas.

Aunque la teoría de la integración sensorial se ha aplicado principalmente a alumnos con dificultades en el procesamiento sensorial, todos los escolares pueden beneficiarse de sus postulados. Worthen (2010) señala que todos los niños procesan la información sensorial ambiental de diferentes maneras y que los patrones y necesidades individuales de procesamiento sensorial pueden afectar su atención, rendimiento y comportamiento diario. Por ello, considera que, con el asesoramiento adecuado, resulta beneficioso que los maestros de educación infantil y primaria dispongan de programas que mejoren estos aspectos en los niños, independientemente de si hay escolares diagnosticados con problemas de desarrollo o no.

El reconocimiento que tiene la terapia de integración sensorial para trabajar con niños que tienen dificultades en el procesamiento sensorial no debe ser un impedimento para que sus formulaciones teóricas y orientaciones prácticas beneficien a todos los estudiantes, aunque es cierto que se requiere más evidencia pedagógica sobre sus ventajas.

3. Educación de los sentidos

Los sentidos nos conectan con el mundo y con nosotros mismos, pero es el cerebro el encargado de organizar la información que percibimos. El sistema nervioso central, que abarca el encéfalo y la médula espinal, recibe, procesa y responde a los estímulos sensoriales. Compuesto por más de cien mil millones de células individuales, este sistema capta señales del entorno, las procesa y transmite impulsos a los nervios y músculos, regulando así diversas funciones corporales.

Heinbockel (2018) se refiere al “sistema nervioso sensorial”, dado que nuestro entorno constantemente estimula nuestros sentidos. Estos estímulos provienen de diversas modalidades, e incluyen luces, sonidos, olores, sabores y sensaciones somáticas (tacto, dolor, presión, vibración, calor, frío). A través de receptores específicos, nuestros sentidos facilitan la conexión entre el exterior y el interior de nuestro cuerpo, y unen la periferia con el cerebro. Este último no solo recibe la información, sino que también genera respuestas a través de señales y comportamientos adaptativos. La capacidad de percibir estímulos del entorno y del propio cuerpo es crucial, seguida por su procesamiento e integración mediante nuestros sistemas sensoriales.

Es importante recordar que, según Pinillos (1999), el proceso sensorial no se limita a una simple proyección cortical; más bien, se trata de una elaboración compleja que culmina en la conciencia. Este psicólogo enfatiza que, en el ser humano, la unidad básica del conocimiento sensible no es la sensación, sino la percepción, un proceso psicofísico integrador donde la energía estimulante se manifiesta como una realidad para el sujeto que la experimenta. La percepción nos permite captar la realidad a través de los sentidos, lo que subraya la importancia de la educación sensorial durante la infancia.

Los primeros años de vida, junto con las etapas educativas iniciales, son fundamentales para la estimulación sensorial. Los niños están expuestos a una amplia gama de estímulos. En este contexto, la escuela puede desempeñar un papel selectivo y priorizar aquellos estímulos que sean potencialmente beneficiosos. La tarea consiste en fomentar la sensibilidad y la percepción, actuando como un mediador sensorial que permita el progreso del alumnado en sus procesos de exploración, atención, recepción, elaboración y acción. Esta experiencia sensorial consciente, resultado de una cuidadosa selección, ayuda a los estudiantes a relacionarse con los estímulos de manera más organizada y efectiva.



Para enriquecer el proceso educativo sensorial, no podemos pasar por alto recursos esenciales como la realidad viva (natural o social), las visitas guiadas, excursiones, paseos y materiales proporcionados tanto por el profesorado como por los propios niños.

El aprendizaje sensorial no debe verse como una mera adquisición mecánica que se evidencia a través de respuestas reflejas y pasivas al flujo de estímulos. A medida que el niño crece, el nivel de sensibilidad se vuelve más complejo, lo que implica que la recepción de estímulos depende también de factores intrínsecos o subjetivos.

La labor del docente es clave para abrir al educando al conocimiento sensible y enriquecer su experiencia. Aunque esto puede suceder de forma espontánea, la intervención de los maestros y la estructura escolar pueden enriquecer significativamente el ambiente sensorial infantil. La mediación sensorial implica una selección tanto cuantitativa como cualitativa de los estímulos, algo que debe reflejarse en el currículo.

María Montessori (1870-1952), una destacada educadora italiana, es una de las más grandes defensoras de la educación de los sentidos. Su método pedagógico, ampliamente reconocido a nivel mundial y desarrollado en parte a partir de su experiencia con niños con discapacidad, subraya la importancia de los materiales y las actividades sensoriomotrices y perceptivas. En su obra *La mente absorbente del niño* (2004), se pregunta: “¿Qué se debe pensar sobre la educación de los sentidos?” Su respuesta destaca que los sentidos nos conectan con el entorno, y que al ejercitarse en la observación, la mente los refina, extrayendo impresiones más precisas. Montessori enfatiza que la educación de los sentidos requiere un trabajo integral que involucre tanto la inteligencia como el movimiento, y señala que las diferencias individuales dependen en gran medida de la actitud que fomente el interés.

La educación sensorial se apoya en materiales diseñados para ayudar al niño a captar diferentes aspectos sensoriales. Édouard Séguin (1812-1880), un francés que desarrolló un método de educación especial con resultados sorprendentes, fue una gran inspiración para Montessori y la fuente del material didáctico que ella utilizaría en su método (De Stefano, s/f).

Montessori (2004) señala que el niño que trabaja con materiales diseñados de acuerdo con su método refina su percepción de los estímulos sensoriales del entorno. A medida que el alumno se vuelve más capaz de discernir diferencias sutiles, el ambiente se enriquece. Los materiales sensoriales guían la atención hacia las impresiones que se pueden recibir de cada sentido: sonidos, colores, olores, sabores, formas, dimensiones, pesos y sensaciones táctiles, promoviendo así el desarrollo de la personalidad. Estos materiales no solo facilitan la experiencia atencional, sino que también sirven como apoyo para la exploración y el desarrollo intelectual.

Desde la perspectiva montessoriana, el desarrollo sensorial infantil requiere un ambiente cuidadosamente preparado, donde resulta esencial contar con materiales específicos y que el niño comprenda su utilidad. Una vez lograda la disposición atencional del niño, esta se mantendrá a través de diversas actividades; cuanto más activo sea el niño, menos intervención necesitará el educador.

Este método pedagógico, en muchos aspectos innovador, aboga por un enfoque activo en la educación infantil, en contraposición a una mera recepción pasiva. El objetivo de la educación es guiar esta actividad hacia un desarrollo pleno y equilibrado. Gradualmente, el niño transita de absorber las impresiones sensoriales a tomar conciencia de ellas, abriéndose y buscando un conocimiento sensible.



Montessori (s/f) también resalta la importancia de los “períodos sensitivos”, momentos evolutivos en los que los niños presentan oportunidades psíquicas que deben ser aprovechadas para establecer funciones o adquirir habilidades, como ocurre, por ejemplo, con la adquisición de la lengua materna, para lograr una pronunciación correcta. Reconocer estos períodos proporciona una guía psicológica para la educación, que debe estructurarse en función de los mismos.

Es esencial ofrecer al educando un ambiente estimulante que favorezca su desarrollo. Este entorno puede materializarse en “casas de niños”, las cuales no deben seguir un único modelo, sino que deben ajustarse a las capacidades económicas y características del entorno. Cada casa debe contar con un conjunto de cuartos y un jardín accesible para los niños, que idealmente debería estar cubierto para que puedan jugar al aire libre, protegiéndose así de la lluvia y del sol (Montessori, s/f).

En la metodología de Montessori, las impresiones ambientales recibidas a través de los sentidos son de vital importancia y se relacionan con el desarrollo de la inteligencia. La evolución racional que el niño está destinado a lograr se facilita gracias a la educación sensorial en un ambiente cuidadosamente preparado con material didáctico adecuado.

4. La educación sensorial en perspectiva histórica

La consideración de los aspectos sensoriales a lo largo de la historia de la educación ha variado considerablemente. Soler (1993), uno de los autores que en nuestro contexto más se han interesado por la educación de los sentidos, nos recuerda diacrónicamente la clásica polémica entre razón y sentidos:

- A lo largo de la historia, la filosofía occidental ha priorizado la cognición como medio para entender la realidad, relegando en cierta medida la importancia de la percepción sensorial.
- Esta dualidad entre razón y sentidos es especialmente evidente en el pensamiento de Sócrates y Platón, quienes influyeron en la pedagogía al promover el desarrollo de las capacidades racionales y espirituales, desvinculadas de las limitaciones del cuerpo.
- La subestimación del cuerpo y los sentidos también se refleja en el pensamiento cristiano en general. Por ejemplo, San Pablo presenta al creyente una elección entre vivir según la carne o según el espíritu. En contraste, San Agustín, con una clara perspectiva pedagógica, defiende la necesidad de abrir los sentidos al mundo. Santo Tomás también reconoce la función de los sentidos en los procesos intelectuales, aunque la escolástica tiende a favorecer el conocimiento abstracto y racional por encima del empírico y sensorial.
- La filosofía empirista del siglo XVII marcó un cambio significativo al considerar los sentidos como la principal fuente de conocimiento, abogando por su educación.
- Durante el siglo XVIII, emergen teorías sensualistas relevantes. Condillac, por ejemplo, se opone al racionalismo y argumenta que todas las ideas y facultades derivan de la sensación, negando la razón como fuente de conocimiento, a diferencia de Locke.

Esta evolución subraya la necesidad de una integración equilibrada entre razón y sensación en los procesos educativos. En los siglos XIX y XX se incrementa la consideración de los sentidos, en gran medida como consecuencia de los avances psicofisiológicos y médicos.



En el campo estrictamente pedagógico podemos retroceder todavía más. En el siglo XVII, Comenio (1592-1670), considerado el padre de la pedagogía moderna, en su obra *Orbis sensualium pictus* (2017) muestra la trascendencia de la educación sensorial en las primeras etapas del desarrollo.

Los principios sobre la educación sensorial, en gran medida defendidos como reacción frente a una enseñanza insensible a la condición infantil, se localizan nítidamente en Rousseau (1712-1778), para quien la pedagogía ha de centrarse en la evolución natural de la niñez, que no es una adultez en miniatura, sino que presenta características propias. Rousseau (2016) defiende que nacemos sensibles y que la vida exige hacer uso de los órganos, de los sentidos, de las facultades, de todo cuanto proporciona íntimo convencimiento de la existencia.

Pestalozzi (1746-1827), educador y pedagogo suizo, en una de sus cartas (2006) expone sus ideas pedagógicas sobre el desarrollo de los sentidos en el marco de una educación física, que no ha de circunscribirse a los ejercicios gimnásticos, aunque aporten fuerza y destreza en el uso de los miembros en general. Se precisan otros ejercicios particulares para todos los sentidos.

El pedagogo alemán Froebel (1782-1852) también hace hincapié en que la actividad de los sentidos y de los miembros es una tarea pedagógica fundamental, a menudo en un contexto lúdico y natural. Los sentidos son los instrumentos que permiten conocer las cosas y sus propiedades.

Las ideas sobre la importancia de la educación sensorial fueron penetrando lentamente en la pedagogía y hoy, aunque con desigual acierto aplicado, se aceptan de modo generalizado.

En el contexto español, la Institución Libre de Enseñanza (I.L.E.), fundada en 1876 por un grupo de catedráticos e inspirada por Francisco Giner de los Ríos, fomentó el desarrollo sensorial. La educación sensorial, muy vinculada a la educación estética, abarcaba todos los sentidos, y se sirvió de recursos como poesías, canciones, manualidades, excursiones y colonias escolares (Garrido y Pinto, 1996). Para los institucionistas el paisaje se convierte en un medio educativo primordial para el despliegue de la inteligencia y de la sensibilidad, algo muy positivo para acrecentar el conocimiento y el disfrute en la naturaleza. También resulta un acierto promover el desarrollo sensorial infantil mediante la formación estética y la actividad artística.

Después de este breve recorrido histórico por algunos antecedentes de la pedagogía sensorial, pasamos a analizar, en el contexto de los siglos XX y XXI, diversos aspectos metodológicos y organizativos que buscan fomentar una educación que beneficie al individuo en su totalidad.

Los sentidos son la vía a través de la cual conocemos y nos relacionamos con el entorno que nos rodea. Estos sentidos, que son distintivos de cada persona, avivan la curiosidad y el deseo de aprender. Aunque comúnmente se reconocen cinco sentidos: oído, vista, olfato, gusto y tacto, también es crucial considerar las siguientes funciones sensoriales (Alonso Fernández, 1989): 1) el sentido cinestésico o del movimiento, que permite percibir la posición y el movimiento del cuerpo a través de estímulos de los músculos y articulaciones; 2) el sentido del equilibrio, cuyo órgano principal es el laberinto del oído interno; y 3) el sentido cenestésico, que ofrece una sensación general sobre el estado del propio cuerpo.

Mora (2013) plantea la pregunta de por qué muchos niños retienen recuerdos vívidos de excursiones en las que exploraron formas y tamaños de hojas, la coloración de las alas de mariposas o los matices del arco iris. Según este neurocientífico, la respuesta se encuentra en los códigos cerebrales heredados que desencadenan emociones intensas y placenteras, lo que, a su vez, activa la atención, la memoria y el aprendizaje vital para la



supervivencia. De este modo, se puede llegar a la conclusión de que cultivar los sentidos en contacto con la naturaleza es esencial.

La experiencia humana está intrínsecamente vinculada al mundo natural, y la educación en las primeras etapas no puede limitarse a ambientes artificiales, por sofisticados que sean. Desde diversas áreas del currículo, se pueden promover los sentidos mediante el contacto con la realidad ambiental.

Un aspecto fundamental a abordar es el sedentarismo, que representa una amenaza clara para la salud de la infancia y adolescencia. Para contrarrestar esta tendencia, es necesario implementar estrategias que incluyan actividades físicas al aire libre, ejercicios sensoriales guiados y juegos.

El paisaje actual, que se caracteriza por espacios familiares y escolares artificiales, nos aleja de la naturaleza y de sus beneficios. A nivel global, aumenta el número de personas que viven en entornos urbanos y pasan más tiempo en actividades tecnológicas, lo que reduce las oportunidades de experimentar ricas y variadas interacciones con la naturaleza. La educación sensorial se convierte, entonces, en un pilar para futuros aprendizajes.

Ante el creciente distanciamiento entre los seres humanos y su entorno natural, cobra relevancia el concepto de “conexión con la naturaleza”, que permite desplegar los sentidos y relacionarlos con el mundo exterior.

Es esencial garantizar desde la infancia suficientes oportunidades para el contacto con la rica y colorida naturaleza, especialmente para aquellos que residen en zonas urbanas densamente pobladas. Desde una perspectiva pedagógica, la naturaleza, con su complejidad e inagotable variedad de estímulos, envuelve al niño, activa todos sus sentidos y lo aleja de un entorno tecnológico que puede resultar empobrecedor. Esto lo sitúa como protagonista en un escenario vital lleno de estímulos, en el que experimenta una serie de vivencias que enriquecen su percepción del mundo, alimentan su curiosidad y favorecen su conexión con el entorno. Todos los sentidos trabajan de manera sinérgica en el proceso sensorio-perceptivo, el cual está influenciado por factores socioculturales.

5. Visión actual de la educación sensorial

A partir sobre todo de las ideas de Soler (1993), organizamos las siguientes propuestas pedagógicas que son valiosas para la educación sensorial en las primeras etapas:

- La interacción con el mundo comienza a través de los sentidos, y se requiere orientación para interpretar adecuadamente las experiencias sensoriales.
- La educación infantil permite procesar información esencial para la adaptación y la supervivencia; de ahí la importancia de integrar la educación sensorial en el currículo. El educador debe presentar de manera ordenada los estímulos sensoriales.
- No se puede confiar el desarrollo sensorial a la espontaneidad o al mero proceso madurativo, ya que depende de la experiencia, el aprendizaje y la educación.
- Las impresiones sensoriales, tanto individuales como en conjunto, pueden organizarse en múltiples actividades didácticas que fomenten la observación, la exploración, la experimentación y la investigación.



- La educación sensorial abarca tanto los “sentidos externos” (vista, oído, tacto, gusto y olfato) como los “sentidos internos” (cinestésico, equilibrio y estado general del cuerpo).
- La psicología de la Gestalt (psicología de la forma o configuración) sostiene que el cerebro humano organiza los estímulos sensoriales en representaciones significativas, como formas u objetos (Marini y Marzi, 2016). La educación sensorial puede facilitar y potenciar este proceso cognitivo.
- La presentación de los estímulos sensoriales debe ser gradual, comenzando por lo perceptible (colores primarios, sabores básicos, temperaturas definidas, formas claras) y avanzando hacia lo menos perceptible, lo que promueve un aprendizaje discriminatorio progresivo.
- Desde su nacimiento, los bebés son capaces de percibir e imitar los movimientos faciales de un adulto. Estas imitaciones tempranas se complementan con imitaciones diferidas mediante las que el niño puede reproducir conductas almacenadas en su memoria a largo plazo (García Madruga y Delval, 2010).
- La finalidad de la educación sensorial es enriquecer la personalidad del niño, permitirle interpretar y disfrutar de las sensaciones, así como construir y organizar de manera adaptativa su conocimiento y conducta.

Algunos objetivos de la educación sensorial podrían incluir:

a) Estimular la sensibilidad. Implica cultivar una mayor conciencia y apreciación de uno mismo y del entorno, lo que puede enriquecer, ya desde la infancia, las experiencias personales y las relaciones interpersonales.

b) Promover el adecuado procesamiento de los estímulos sensoriales, ya que esto favorece el conocimiento y el aprendizaje. Critz, Blake y Nogueira (2015) subrayan que la mayor o menor capacidad infantil (hipersensibilidad o hiposensibilidad) para integrar y modular la información sensorial puede tener un efecto profundo en el comportamiento cotidiano.

c) Analizar las sensaciones. La observación atenta en un contexto didáctico y lúdico de las impresiones recibidas a través de los sentidos externos e internos permite un mejor conocimiento de uno mismo y del entorno, además de contribuir a la autorregulación conductual.

d) Diferenciar objetos según las modalidades sensoriales (visual, auditiva, táctil, gustativa y olfativa). Dividir las experiencias sensoriales según un sentido particular puede tener un propósito pedagógico. Sin embargo, también sugerimos el ejercicio de la multisensorialidad como complemento. Por ejemplo, la información que obtenemos de una naranja cambia significativamente al enfocarnos en un solo sentido, como la vista o el gusto. No obstante, es igualmente valioso comparar estas percepciones específicas con la experiencia integral que ofrecen diferentes modalidades sensoriales.

e) Emitir juicios sobre las impresiones sensoriales. Este objetivo, sustentado en actividades agradables y adecuadas que faciliten el reconocimiento, la diferenciación y la reflexión sobre objetos y experiencias propioceptivas, cenestésicas, visuales, auditivas, gustativas, olfativas y táctiles, contribuye al aprendizaje progresivo que mejora las funciones neuropsicológicas. El cerebro actúa como el órgano central de esta actividad sensorial. Un niño no puede formar una representación del mundo o de sí mismo a menos que procese e integre la información que recibe a través de los sentidos.



Los niños pueden beneficiarse enormemente del aprendizaje sensorial, ya que el cerebro se abre al procesamiento convergente de información proveniente de diversas modalidades sensoriales.

6. Conclusiones

A pesar de que los sentidos son fundamentales para nuestra conexión con la realidad externa y con nosotros mismos, en el ámbito escolar no siempre han recibido la atención adecuada. Tradicionalmente, se ha prestado poca consideración educativa al cuerpo, lo que limita la comprensión integral del ser humano y su conducta, y obstaculiza el verdadero sentido de la educación. Esta desconexión entre educación y experiencia sensorial no solo afecta la percepción del mundo, sino que también influye en la formación de la identidad y en el desarrollo emocional infantil.

El proceso educativo comienza con el cuerpo y los sentidos. Cada experiencia, ya sea agradable o desagradable, intensa o tenue, impacta en la sensibilidad infantil: desde el aroma de una flor hasta el canto de un pájaro. El hogar, la escuela y la calle ofrecen un sinfín de estímulos que deben ser discriminados y procesados. Sin una adecuada educación de los sentidos, este torrente de estímulos puede resultar abrumador para el niño.

Como se ha señalado, la teoría y la práctica pedagógicas deben considerar la compleja y dinámica realidad de la persona, que es esencialmente psicósomática, sin ignorar el papel crucial de los sentidos, que son nuestra conexión con el mundo. Los sentidos no solo son receptores pasivos de información; son activos en la construcción del conocimiento y en la formación de la experiencia.

Si se excluyen los sentidos de la educación, se produce una regresión formativa. La promoción del pensamiento racional en la educación occidental ha sido crucial y ha traído beneficios significativos, pero un enfoque excesivo en el desarrollo cognitivo, si no se integra en un proceso educativo integral, resulta fragmentado y desequilibrado. Las páginas anteriores han propuesto diversas vías para enriquecer la educación sensorial en las primeras etapas. Fomentar experiencias sensoriales ricas y significativas en un contexto escolar que cada vez se siente más como un microcosmos artificial, es esencial para una educación holística y personalizada.

Referencias bibliográficas

Alonso Fernández, F. (1989). *Psicología Médica y Social*. Barcelona, Salvat.

Ayres, A. J. (1998). *La integración sensorial y el niño*. México, Trillas.

Comenio, J. A. (2017). *Orbis sensualium pictus*. Barcelona, Libros del zorro rojo.

Critz, C., Blake, K. y Nogueira, E. (2015). Sensory processing challenges in children. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11 (7), 710–716.

De Stefano, C. (s/f). *El niño es el maestro. Vida de María Montessori*. Lumen.

Froebel, F. (1999). *La educación del hombre*. Alicante, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.



García Madruga, J. A., & Delval, J. (2010). El conocimiento inicial del mundo físico: la percepción y la inteligencia. En J. A. García Madruga & J. Delval (Coords.), *Psicología del Desarrollo I* (Cap. 3). Madrid, UNED.

Garrido, J. Á., & Pinto, A. (1996). La educación estética en la Institución Libre de Enseñanza. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 27, 151-166.

Heinbockel, T. (2018). *Sensory Nervous System*. London, InTech.

Marini, F., & Marzi, C. A. (2016). Gestalt perceptual organization of visual stimuli captures attention automatically: Electrophysiological evidence. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 446. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00446>

Martínez-Otero, V. (2024). *Pedagogía de la infancia y la adolescencia*. Madrid, Dykinson.

Montessori, M. (2004). *La mente absorbente del niño*. México, D.F., Diana.

Montessori, M. (s/f). *Ideas generales sobre mi método*. Manual práctico. Madrid, Cepe.

Mora, F. (2013). *Neuroeducación. Solo se puede aprender aquello que se ama*. Madrid, Alianza Editorial.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más*. Comunicado de prensa. <https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

Pestalozzi, J. H. (2006). *Cartas sobre educación infantil*. Madrid, Tecnos.

Piaget, J. (2001). *Inteligencia y afectividad*. Buenos Aires, Aique.

Pinillos, J. L. (1999). *Principios de psicología*. Madrid, Alianza Editorial.

Rousseau, J. J. (2016). *Emilio o De la educación*. Ediciones de la Junji.

Soler, E. (1993). La educación sensorial: fundamentación, panorama, metodología y objetivos. En V. García Hoz et al. (Eds.), *Educación infantil personalizada*. Madrid, Rialp.

Worthen, E. (2010). Sensory-based interventions in the general education classroom: A critical appraisal of the topic. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 3(1), 76-94. <https://doi.org/10.1080/19411241003684217>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Efectividad de los tratamientos no invasivos en el pie plano infantil.

Autor/es: Francisco Javier Ruiz-Sánchez; Daniel López-López; Emmanuel Navarro-Flores; Ana María Jiménez-Cebrián.

Centro de Trabajo: Universidade da Coruña

Mail de todos los autores: f.ruiz@udc.es; daniel.lopez.lopez@udc.es; emmanuel.navarro@uv.es; amjimenezc@uma.es.

Resumen:

El pie plano infantil es una condición común en niños que afecta el arco del pie, haciendo que toda la planta entre en contacto con el suelo. Esta afección puede ser flexible, generalmente fisiológica y sin síntomas, o rígida, que es más rara y patológica. Aunque en muchos casos el pie plano mejora sin tratamiento, algunos niños presentan síntomas que afectan su calidad de vida, especialmente aquellos con sobrepeso y los varones. Existen debates sobre si se debe tratar el pie plano asintomático, siendo los tratamientos no quirúrgicos la primera opción antes de considerar la cirugía. El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de los tratamientos conservadores para el pie plano en niños menores de 12 años. Para ello, se realizó una revisión de la literatura mediante búsquedas en bases de datos como PubMed, SciELO, MEDLINE y CINAHL. Los estudios seleccionados evaluaron tratamientos no quirúrgicos en niños, como el uso de ortesis plantares, vendajes y manipulaciones manuales. La calidad de los estudios fue evaluada mediante la escala del Programa de Habilidades en Lectura Crítica. Como resultado obtuvimos que los tratamientos conservadores, especialmente las plantillas personalizadas, demostraron ser efectivos para reducir el dolor y mejorar la marcha en niños con pie plano. Se observó que el uso prolongado de ortesis ofrece mejoras significativas y que la combinación de estas con otras terapias conservadoras aumenta la efectividad comparada con el uso exclusivo de plantillas. En conclusión, los tratamientos conservadores son efectivos para mejorar los signos y síntomas del pie plano infantil. Aunque las ortesis plantares son beneficiosas de manera individual, la combinación de varios tratamientos ofrece mejores resultados. Se recomienda realizar estudios adicionales con muestras más grandes para optimizar las estrategias de tratamiento.

Efectividad de los tratamientos no invasivos en el pie plano infantil

Francisco Javier Ruiz-Sánchez* (f.ruiz@udc.es); Daniel López-López*; Emmanuel Navarro-Flores**; Ana María Jiménez-Cebrián***

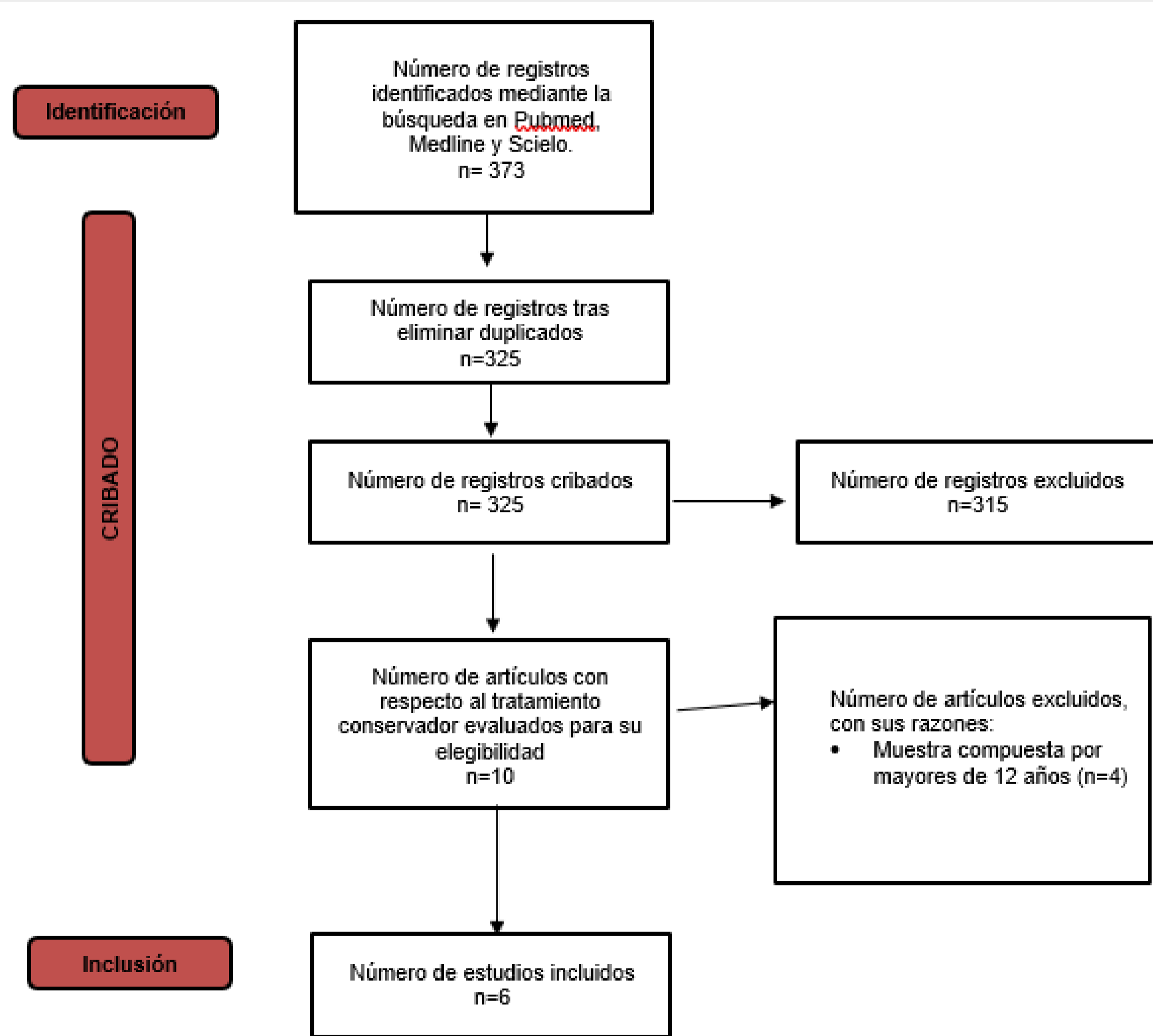
* Universidad de Coruña - ** Universidad de Valencia - *** Universidad de Málaga

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Evaluar la efectividad de los tratamientos conservadores para el pie plano en niños.

REVISIÓN/ REVIEW

El pie plano infantil es una afección común que afecta al arco medial del pie, provocando que toda la planta entre en contacto con el suelo. Esta patología puede ser flexible o rígida, siendo la primera generalmente fisiológica y asintomática, mientras que la rígida es considerada patológica y menos frecuente (1). Aunque en muchos casos el pie plano se resuelve sin intervención, algunos niños presentan síntomas como dolor y alteraciones en la marcha que afectan su calidad de vida, especialmente en los varones y niños con sobrepeso, quienes tienen una mayor prevalencia de esta condición (2). Existen debates sobre si se debe tratar o no el pie plano asintomático, siendo los tratamientos conservadores la primera opción antes de considerar la cirugía (3, 4). Con el objetivo de determinar la efectividad de estos tratamientos conservadores, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como Pubmed, Scielo, MEDLINE y CINAHL, seleccionando artículos que trataban a niños menores de 12 años con tratamientos no quirúrgicos. Se incluyeron finalmente seis estudios que evaluaron los efectos de las ortesis plantares y otras terapias conservadoras, como vendajes y manipulaciones manuales. Se utilizó la escala del Programa de Habilidades en Lectura Crítica en su versión en español para la evaluación de la calidad metodológica; la cual consta de 11 ítems para evaluar ensayos clínicos, aleatorios y estudios de cohorte, determinando si cumplen los requisitos para ser incluidos en nuestra revisión. Esta herramienta asegura la validez y relevancia de los estudios seleccionados. Los resultados demostraron que los tratamientos conservadores, en especial las plantillas personalizadas, son efectivos para mejorar los signos y síntomas del pie plano, reduciendo el dolor y mejorando la marcha en los niños afectados. Los estudios indicaron que el uso de ortesis a largo plazo proporciona mejoras significativas, y que la combinación de ortesis con otras terapias conservadoras mostró una mayor efectividad en comparación con el uso exclusivo de plantillas. A pesar de los resultados positivos, se recomienda realizar más estudios con muestras más amplias para confirmar estos hallazgos y optimizar las estrategias de tratamiento.



Evaluación de la calidad metodológica

Estudios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Resultado
1	SI	SI	SI	NOSE	SI	SI	NOSE	SI	SI	SI	SI	9/11
2	SI	SI	SI	NOSE	SI	SI	NOSE	SI	SI	SI	SI	9/11
3	SI	SI	SI	NOSE	NOSE	SI	SI	NOSE	SI	SI	SI	8/11
4	SI	SI	SI	NOSE	SI	NOSE	SI	SI	SI	SI	SI	9/11
5	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	9/11
6	SI	SI	SI	SI	NOSE	NOSE	SI	NO	SI	SI	SI	8/11

- 1.Hsieh RL, Peng HL, Lee WC. Short-term effects of customized arch support insoles on symptomatic flexible flatfoot in children. *Medicine*. 2018 May;97(20):e10655.
- 2.Chen KC, Chen YC, Yeh CJ, Hsieh CL, Wang CH. The effect of insoles on symptomatic flatfoot in preschool-aged children. *Medicine*. 2019 Sep;98(36):e17074.
- 3.Jafarnehadgero A, Madadi-Shad M, Alavi-Mehr SM, Granacher U. The long-term use of foot orthoses affects walking kinematics and kinetics of children with flexible flat feet: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2018 Oct 9;13(10):e0205187.
- 4.Li J, Yang Z, Rai S, Li X, Jiang G, Pan X, et al. Effect of Insoles Treatment on School-Age Children with Symptomatic Flexible Flatfoot: A 2-Year Follow-Up Study. *Indian J Orthop*. 2022 Nov 11;56(11):1985–91.
- 5.Lee HJ, Lim KB, Yoo J, Yoon SW, Yun HJ, Jeong TH. Effect of Custom-Molded Foot Orthoses on Foot Pain and Balance in Children With Symptomatic Flexible Flat Feet. *Ann Rehabil Med*. 2015;39(6):905.
- 6.Boryczka-Trefler A, Kalinowska M, Szczerbik E, Stępowaska J, Łukaszewska A, Syczewska M. Comparison of 2 Conservative Treatment Approaches for the Flat Foot in Children Aged 5 to 10: Foot Orthoses Versus Foot Orthoses Supplemented With Zukunft-Huber Manual Therapy. *Clin Pediatr (Phila)*. 2024 Mar 11;63(3):304–12.

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Los tratamientos conservadores son eficaces para mejorar los signos y síntomas del pie plano infantil. Aunque las ortesis plantares han demostrado ser beneficiosas de manera individual, la combinación de varios tratamientos conservadores tiende a ofrecer mejores resultados.

REFERENCIAS/ REFERENCES

1. Birhanu A, Nagarchi K, Getahun F, et al. (2023). "Magnitude of flat foot and its associated factors among school-aged children in Southern Ethiopia: an institution-based cross-sectional study." *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(1):966.
2. Xu L, Gu H, Zhang Y, et al. (2022). "Risk Factors of Flatfoot in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14):8247.
3. Molina-García C, Reinoso-Cobo A, Cortés-Martín J, et al. (2023). "Efficacy of Personalized Foot Orthoses in Children with Flexible Flat Foot: Protocol for a Randomized Controlled Trial." *Journal of Personalized Medicine*, 13(8):1269.
4. Li J, Yang Z, Rai S, et al. (2022). "Effect of Insoles Treatment on School-Age Children with Symptomatic Flexible Flatfoot: A 2-Year Follow-Up Study." *Indian Journal of Orthopaedics*, 56(11):1985-1991.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN PÓSTER

TITULO: TENDENCIAS DE CONSUMO DE ALIMENTOS MADRILEÑOS

Autor/es: MARÍA TERESA IGLESIAS LÓPEZ

Centro de Trabajo: UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA

Mail de todos los autores: m.iglesias.prof@ufv.es

Resumen:

Objetivo: Conocer los hábitos dietéticos para evaluar la tendencia en el consumo de determinados alimentos, en universitarios madrileños.

Método. Participaron 300 estudiantes universitarios de ambos, con una edad media de 22 años. Se utilizó una encuesta de recuerdo de alimentos de 3 días y se confeccionó una encuesta de hábitos alimenticios previamente validada.

Para el estudio estadístico se empleó el SPSS 29.0

Resultados. Los estudiantes mayoritariamente presentan normo peso (75,8% para hombres y 81,3% para mujeres). El 42,4% de los hombres y el 58,3% de las mujeres realizan actividad ligera.

Realizan 3 comidas el 63,3% de los hombres y el 44% de las mujeres. Desayunan siempre todas las mañanas el 54,5% de los hombres y el 61,2% de las mujeres. El 42,4% de los hombres refieren consumir alimentos precocinados a veces y el 39,8% de las mujeres lo hace a veces. Todos comen una vez por semana hamburguesas y salchichas tipo Frankfurt (45,5% de los hombres y 53% de las mujeres). El consumo de bebidas de alta graduación alcohólica. ambos sexos lo consumen 1 vez por semana, consumo que indican que no es de forma habitual (51,5% de los hombres y 45,2% de mujeres).

Conclusiones. El estilo de vida de la juventud actual muestra una tendencia a presentar patrones semejantes, que será necesario estudiarlos más en profundidad para identificar posibles trastornos como el de la obesidad.

Palabras clave: universitarios, Madrid, alimentos, alcohol.

XIII Encuentro Internacional de Expertos en Salud Escolar y Universitaria
EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA



18 al 24 de noviembre de 2024

**“Evaluación de los Servicios de Salud
Escolar y Universitaria”**

17 al 22 de noviembre de 2024

TENDENCIAS DE CONSUMO DE ALIMENTOS EN UNIVERSITARIOS MADRILEÑOS

María Teresa Iglesias López

Universidad Francisco de Vitoria.

Objetivo

Realizar una valoración nutricional y conocer los hábitos dietéticos para evaluar la tendencia en el consumo de alimentos, en universitarios.

METODOLOGÍA

La población estudiada son 300 estudiantes universitarios de ambos sexos de la Comunidad de Madrid, con una edad media de 22 años. Para el estudio se realizó una encuesta de recuerdo de alimentos de 3 días y se confeccionó una encuesta de hábitos alimenticios. Para el estudio estadístico se empleó el SPSS 26.0

Resultados

La población estudiada de ambos sexos presenta normopeso (75,8% para hombres y 81,3% para mujeres).
Respecto a la actividad física el 42,4% de los hombres y el 58,3% de las mujeres refieren actividad ligera.
Realizan 3 comidas el 63,3% de los hombres y el 44% de las mujeres.
Desayunan siempre todas las mañanas el 54,5% de los hombres y el 61,2% de las mujeres.
El 42,4% de los hombres refiere consumir alimentos precocinados a veces y el 39,8% de las mujeres lo hace a veces. Ambos sexos indican que mayoritariamente consumen una vez por semana hamburguesas y salchichas tipo Frankfurt (45,5% de los hombres y 53% de las mujeres).
Respecto al consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación ambos sexos muestran una tendencia al consumo 1 vez por semana, consumo que indican que no es de forma habitual (51,5% de los hombres y 45,2% de mujeres).

Conclusiones

El estilo de vida de la juventud actual muestra una tendencia a presentar patrones semejantes, que será necesario estudiarlos más en profundidad para identificar posibles trastornos como el de la obesidad.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Evaluación inicial del bienestar emocional en alumnado de Educación Primaria

Autor/es: López-González, B., Rodríguez-Machado, E., García-Bruzos, I. y Lage-Cobas, M.

Centro de Trabajo: Consellería de Educación, Ciencia, Universidades e Formación Profesional.
Xunta de Galicia.

Mail de todos los autores: bealopez@a-coruna.uned.es

Resumen

En las últimas décadas se ha detectado un aumento del nivel de estrés y ansiedad que muestra el alumnado de etapas educativas más tempranas. Esta situación se relaciona con un incremento de responsabilidades, mayor carga de trabajo escolar y dificultades para la gestión de las emociones. Debido a ello, están cobrando mayor importancia las actuaciones que se realizan en los centros educativos en relación al bienestar emocional de niños y niñas. Estas habilidades de tipo emocional ayudan a promover los procesos mentales, el control del estrés o la motivación repercutiendo positivamente en las tareas académicas. Por este motivo educar y potenciar de modo explícito este tipo de competencias puede implicar un impacto muy positivo en el alumnado a nivel personal, familiar y escolar.

Con este trabajo se pretende realizar una evaluación inicial emocional de una muestra de alumnos y alumnas de Educación Primaria. El objetivo principal es poder conocer el grado de bienestar emocional inicial percibido del alumnado de Educación Primaria a principio de curso. La finalidad es poder partir de esta actuación para así plantear acciones preventivas destinadas a la mejora la calidad de vida de niños y niñas. Se emplea un diseño transversal no experimental, para ello se recogió información en un único punto en el tiempo mediante un cuestionario sobre el bienestar emocional inicial realizado ad hoc con 6 ítems que fueron aplicado a 194 alumnos/as matriculados en segundo y tercer ciclo de Educación Primaria. El cuestionario evalúa aspectos relacionados con el bienestar percibido o la relación con los demás.

Los principales resultados obtenidos indican que, en general, al alumnado de 4º a 6º de Educación Primaria les gusta ir al colegio e indican que tienen bastantes amigos, sin embargo se percibe una peor relación con el profesorado y una mayor conflictividad entre el alumnado cuanto mayor es el curso en el que están matriculados. Este tipo de resultados nos ayudan a modificar las actuaciones planteadas y reajustar las dinámicas de los centros introduciendo cambios metodológicos para favorecer el desarrollo integral de los estudiantes.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

TÍTULO / TITLE: Evaluación inicial del bienestar emocional en alumnado de Educación Primaria

Autores: López-González, B., Rodríguez-Machado, E., García-Bruzos, I. y Lage-Cobas, M. **Mail:** bealopez@a-coruna.uned.es

OBJETIVOS/ OBJETIVES

- **Objetivo principal:** Conocer el grado de bienestar emocional inicial percibido del alumnado de Educación Primaria en centros educativos de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- **Objetivos específicos:** 1. Identificar diferencias en la percepción del bienestar emocional inicial entre alumnado de 2º y 3er ciclo Educación Primaria. 2. Comprender las relaciones entre el bienestar emocional inicial percibido por niños y niñas y la percepción de cómo son las relaciones con el resto del alumnado y profesorado.

REVISIÓN/ REVIEW

INTRODUCCIÓN

Desde hace años se vienen detectando niveles de estrés, ansiedad y fracaso escolar cada vez más elevados y en etapas educativas cada vez más tempranas (IsHak, Nikravesh, Lederer, Perry, Oguymi y Bernstein, 2013). Este hecho se relaciona directamente con factores como el aumento de las responsabilidades y la autonomía, una mayor carga de trabajo académico, así como la falta de habilidades para gestionar las emociones (Enns, Eldridge, Montgomery y González, 2018). De ahí que, en los últimos tiempos, el bienestar emocional haya adquirido una mayor importancia en el ámbito educativo, ya que actuar para promocionar el bienestar psicológico del alumnado, les facilita la comprensión del entorno que les rodea, al tiempo que les dota de las competencias necesarias para hacer frente a las diversas situaciones que se presentan. De esta manera, este constructo se constituye como un proceso educativo que ha de ser permanente y continuo favoreciendo el desarrollo integral de los estudiantes (Bisquerra, 2009; Petrides, 2016).

Recientemente se ha producido una importante evolución en la mayoría de las investigaciones psicológicas y educativas pasando a incluir en sus modelos explicativos las variables afectivas propias del comportamiento humano. En este sentido, aspectos como los estados de ánimo, las emociones o el bienestar emocional pasan a ser considerados en los planteamientos y procesos que se organizan desde los centros educativos para dar respuesta a las necesidades reales de niños y niñas. En medio de un aparente espíritu emocional de la época, numerosos estudios en psicología educativa están experimentando un cambio en términos de atención hacia la esfera afectiva (Cejudo et al., 2016; Peláez-Fernández et al., 2022; Rodríguez-Donaire et al, 2024; Uitto et al., 2015). Por ello, los Equipos Docentes deben ser capaces de detectar y reorientar dificultades en este ámbito para así poder mejorar la calidad de vida de su alumnado.

La escuela como contexto social y espacio idóneo para aprender a vivir, resulta ser un contexto privilegiado para promocionar la convivencia y el bienestar emocional de los individuos. Es un lugar para aprender, crecer, compartir, conocer a los demás y descubrir el mundo que nos rodea. No debemos olvidar que "Convivir significa vivir unos con los otros en base a unas determinadas relaciones sociales y unos códigos valorativos, forzosamente subjetivos, en un marco de un contexto social determinado" (Jares, 2001, 9; Jares, 2022, 82). El alumnado debe aprender a convivir en una sociedad cambiante donde las TRIC, los cambios en relación a la conciliación, las relaciones personales y sociales postpandémicas... han modificado substancialmente nuestro modo de vivir, convivir y relacionarlos con los demás. El alumnado se ha de enfrentar a demandas cada vez más complejas y ello genera estrés.

Por ello, se pretende establecer un enfoque de la convivencia en el centro partiendo de una visión constructiva y positiva, por lo que las actuaciones van dirigidas a propiciar el desarrollo de comportamientos acomodados para vivir mejor y resolver conflictos, a través de la participación, de unos buenos canales de comunicación y de la prevención de problemas de conducta. Se entiende, por lo tanto, la convivencia y la participación como parte del aprendizaje, además de ser objetivo de la educación y finalidad en sí misma.

Es necesario implicar a todos los sectores de la comunidad educativa: alumnado, familias, profesorado etc. para su puesta en marcha, aplicación, difusión y seguimiento, desarrollando iniciativas encaminadas a evitar la discriminación del alumnado, haciendo hincapié en el respeto mutuo y en las normas de convivencia, estableciendo planes de acción positiva para garantizar la inclusión de todos y todas. Por esta razón, desde los centros educativos, siendo conscientes de las necesidades y medidas a tomar, es prioritario proporcionar respuestas a alumnado, familias, profesorado... partiendo de las necesidades iniciales de todos para poder realizar una intervención preventiva. Cuando un docente detecta dificultades emocionales en las aulas en las primeras semanas de septiembre deberían poder trazarse planes y programas para orientar la situación potenciando de este modo el bienestar emocional de todos los miembros de la comunidad educativa.

METODOLOGÍA

Muestra

El presente estudio se ha realizado con una muestra de 194 alumnos y alumnas pertenecientes a centros educativos públicos de la Comunidad Autónoma de Galicia. El alumnado pertenece al segundo y tercer ciclo de Educación Primaria, concretamente a 4º, 5º y 6º curso. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico de tipo incidental o de accesibilidad.

Instrumento

Se ha creado un cuestionario ad hoc con 6 preguntas para evaluar el bienestar emocional del alumnado a principio de curso. El cuestionario fue cumplimentado la última semana de septiembre del 2024 con la idea de recoger la percepción del bienestar emocional del alumnado con la idea de poder detectar dificultades y poder trazar un planteamiento educativo para mejorar el estado emocional del alumnado.

Distribución del alumnado por cursos

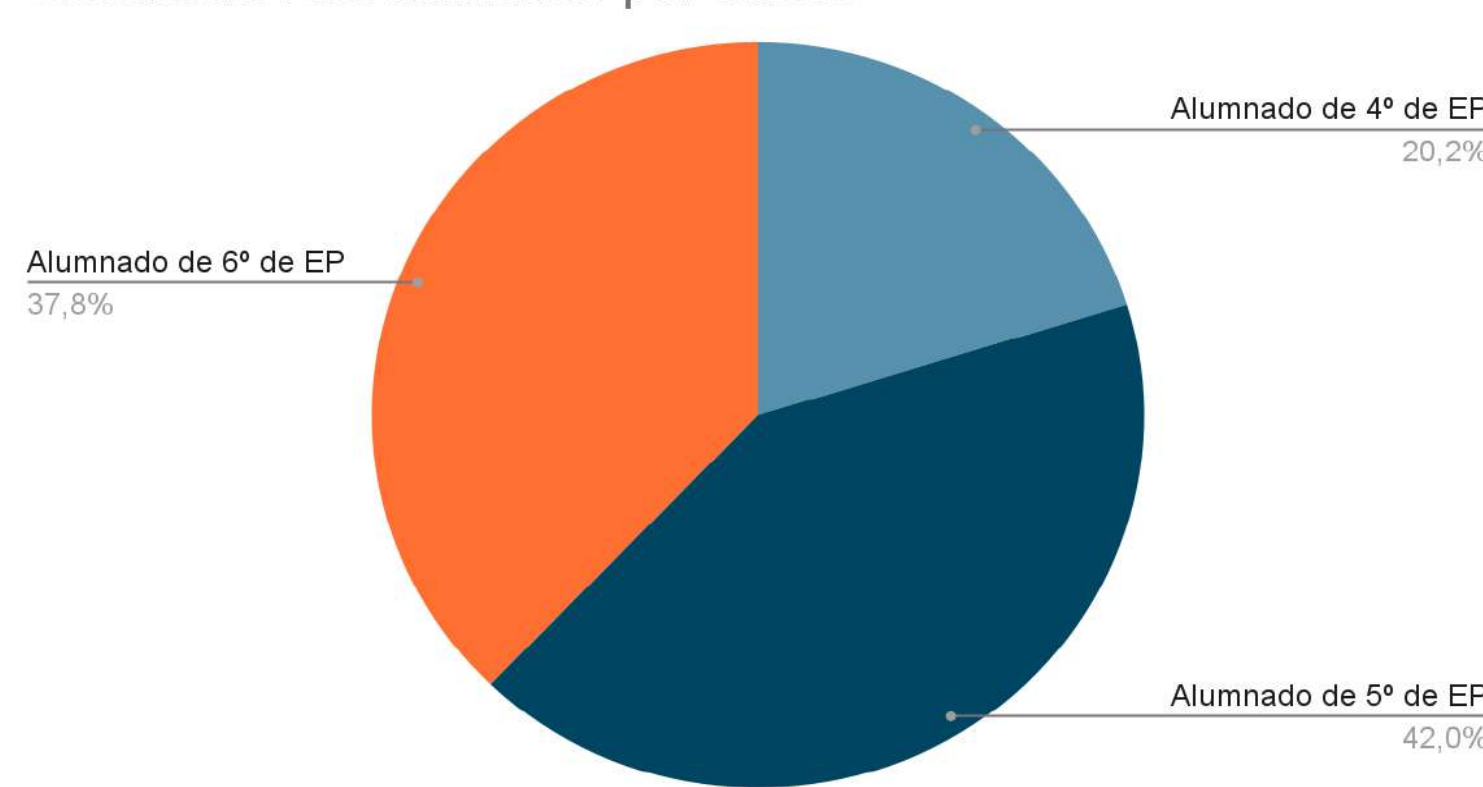


Figura 1. Distribución del alumnado por cursos.

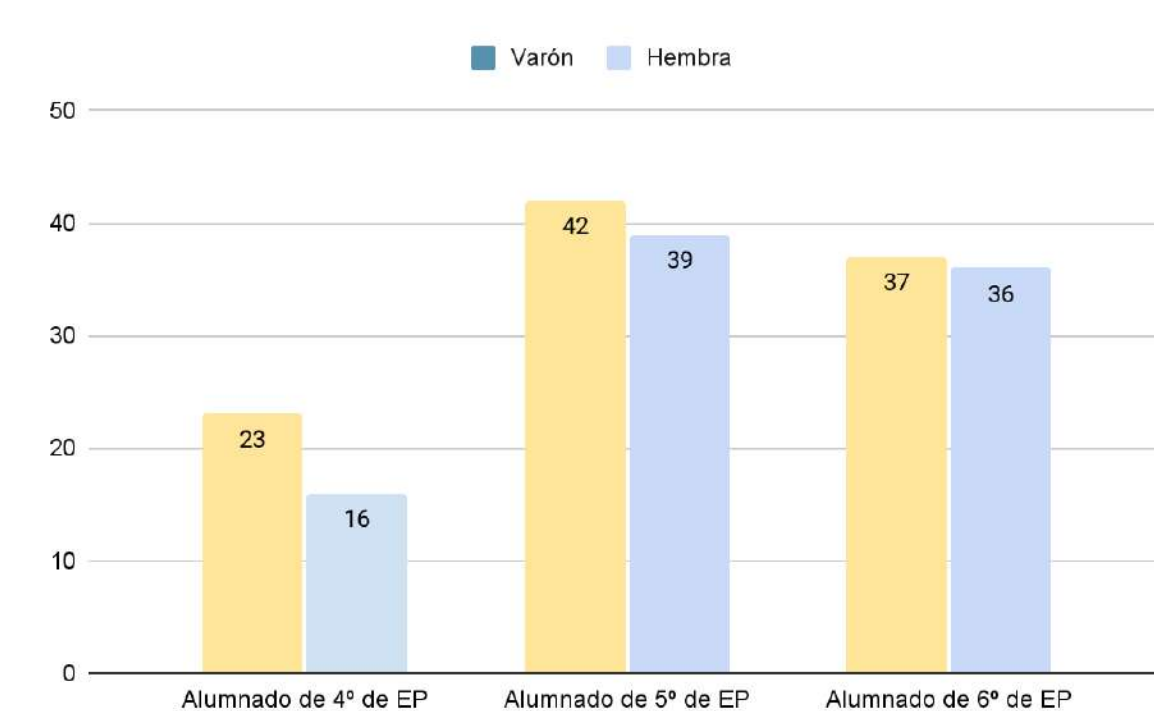


Figura 2. Distribución por sexo y cursos.

Preguntas	Alumnado de 4º EP		Alumnado de 5º EP		Alumnado 6º EP	
	Media muestral	Desviación típica muestral	Media muestral	Desviación típica muestral	Media Muestral	Desviación típica muestral
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
1. Me gusta venir al colegio	5,1025641	1,32	4,91358025	1,063	4,47887324	1,157
2. Tengo amigos y amigas en clase	5,7435897	0,71	5,60493827	0,752	5,53521127	0,842
3. Juego con otros niños y niñas en el recreo	4,76923077	1,22	4,92592593	1,385	5,05633803	1,206
4. Mis compañeros y compañeras me invitan a sus cumpleaños	4,56410256	1,21	4,77777778	1,095	4,61971831	1,113
5. Me gusta mis profesores y profesoras	5,71794872	0,56	5,45679012	0,867	5,3	0,805
6. En el centro hay muchas discusiones entre compañeros y compañeras de clase	3,05128205	1,32	2,64197531	1,258	3,61971831	1,314

Tabla 1. Resultados recogidos en el cuestionario que evalúa aspectos relativos al bienestar emocional en una muestra de Educación Primaria

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Se observa que en general el bienestar emocional percibido es alto aunque el alumnado de cursos superiores recoge la percepción de mayor conflictividad entre el alumnado que el de cursos más bajos. En este aspecto resulta fundamental trabajar con el profesorado haciéndolos conscientes del empeoramiento de la percepción que se tiene de los docentes a medida que el alumnado avanza en cursos académicos. Es necesario trazar líneas para mejorar la comunicación y establecer espacios de acercamiento docentes-discentes. No debemos olvidar que se está trabajando con preadolescentes que están sufriendo cambios físicos y emocionales importantes y a los que debemos intentar dar respuesta a sus necesidades desde el diálogo, acompañándoles y escuchándolos.

Así mismo podría ser de interés plantear líneas de trabajo con todo el alumnado haciendo hincapié en los estudiantes del último curso de Primaria para mejorar las relaciones entre ellos y con el profesorado. La tutoría entre iguales, la mediación, las estrategias para la resolución de conflictos... son herramientas a considerar y en las que incidir para mejorar las relaciones entre todos los miembros de la Comunidad Educativa.

A pesar de que este tipo de trabajo presenta limitaciones importantes debidas fundamentalmente al tamaño de la muestra abre vías de cara a planteamientos con el alumnado de los últimos años de primaria ya que al observar el empeoramiento en la percepción de las relaciones con el alumnado y profesorado cuanto mayor es el curso académico nos permite trazar líneas de trabajo para mejorar la intervención.

Sobre la escuela se ha escrito mucho tanto sobre su valor, su organización, su currículo... como sobre su ineficacia o su obsolescencia (Ruiz-Corbella, 2022). Nos encontramos ante una institución que necesita romper con su visión de cuidado de la infancia para evolucionar hacia la comprensión de diferentes modos de afrontar nuevas maneras de educar a los jóvenes. Cualquier cambio que se plantee al respecto en los centros educativos debe contar con el compromiso y una sólida formación por parte del profesorado para así poder dar respuestas a los diferentes agentes.

Es necesario que desde los colegios se planteen estrategias para poder identificar las necesidades en el ámbito emocional y social del alumnado, de esta manera se van a poder trazar líneas de trabajo en las que resulta imprescindible que estén implicados los equipos docentes. En esta tarea es fundamental la labor de los Departamentos de Orientación a la hora de reformular prácticas y potenciar el desarrollo personal, social y educativo del alumnado (López-González, 2024). Orientadores y orientadoras son conscientes de que es necesaria una mayor y mejor formación, pero también una mejor dotación de recursos así como modificaciones en las prácticas y modo de pensar de los Equipos Docentes. Es a través de la investigación como se puede seguir avanzando en este sentido para mejorar el bienestar emocional, convivencia y calidad de vida en nuestros centros educativos.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Bisquerra-Alzina, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Editorial Síntesis.
- Cejudo, J., López-Deigado, M. L., y Rubio, M. J. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia: Su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*, 46(2), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2016.07.001>
- Enns, A., Eldridge, G., Montgomery, C., y González, V. (2018). Perceived stress, coping strategies, and emotional intelligence: A cross-sectional study of university students in helping disciplines. *Nurse education today*, 68, 226-231. doi: 10.1016/j.nedt.2018.06.012
- IsHak, W., Nikravesh, R., Lederer, S., Perry, R., Oguymi, D., y Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: a systematic review. *Clin. Teach*, 10(4), 242-245. doi: 10.1111/tet.12014
- Jares, X.R. (2001). *Educación y conflicto. Guía de educación para la convivencia*. Popular
- Jares, X.R. (2022). Aprender a convivir. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 44, 79-92. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27404405.pdf>
- López-González, B. (2024). Evaluación de la percepción de las limitaciones de la orientación educativa para conseguir una inclusión educativa real. *Revista Dirección y Liderazgo educativo*, 21.
- Peláez-Fernández, M. A., Mérida-López, S., Rey, L., y Extremera, N. (2022). Burnout, work engagement and life satisfaction among Spanish teachers: The unique contribution of core self-evaluations. *Personality and Individual Differences*, 196(6). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.11727>
- Petrides, K. (2016). Four thoughts on trait emotional intelligence. *Emotion Review*, 8(4), 345-348. doi: 10.1177/1754073916650504.
- Rodríguez-Donaire, A., Luna, P., Pérez-González, J.C., y Cejudo, J. (2024). Teacher Emotion Inventory: validation in a sample of Spanish teachers. *Anales de psicología*, 40, 2. 280-289.
- Ruiz-Corbella, M. (2022). *Escuela y Primera Infancia*. Narcea.
- Uitto, M., Jokikokko, K., y Estola, E. (2015). Virtual special issue on teachers and emotions in Teaching and teacher education (TATE) in 1985– 2014. *Teaching and Teacher Education*, 50, 124-135. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2015.05.008>



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPÍTULO: Evaluación inicial del bienestar emocional en alumnado de Educación Primaria

Autor/es: López-González, B., Rodríguez-Machado, E., García-Bruzos, I. y Lage-Cobas, M.

Centro de Trabajo: Consellería de Educación, Ciencia, Universidades e Formación Profesional. Xunta de Galicia.

Mail de todos los autores: bealopez@a-coruna.uned.es

Resumen

En las últimas décadas se ha detectado un aumento del nivel de estrés y ansiedad que muestra el alumnado de etapas educativas más tempranas. Esta situación se relaciona con un incremento de responsabilidades, mayor carga de trabajo escolar y dificultades para la gestión de las emociones. Debido a ello, están cobrando mayor importancia las actuaciones que se realizan en los centros educativos en relación al bienestar emocional de niños y niñas. Estas habilidades de tipo emocional ayudan a promover los procesos mentales, el control del estrés o la motivación repercutiendo positivamente en las tareas académicas. Por este motivo educar y potenciar de modo explícito este tipo de competencias puede implicar un impacto muy positivo en el alumnado a nivel personal, familiar y escolar.

Con este trabajo se pretende realizar una evaluación inicial emocional de una muestra de alumnos y alumnas de Educación Primaria. El objetivo principal es poder conocer el grado de bienestar emocional inicial percibido del alumnado de Educación Primaria a principio de curso. La finalidad es poder partir de esta actuación para así plantear acciones preventivas destinadas a la mejora la calidad de vida de niños y niñas. Se emplea un diseño transversal no experimental, para ello se recogió información en un único punto en el tiempo mediante un cuestionario sobre el bienestar emocional inicial realizado ad hoc con 6 ítems que fueron aplicado a 194 alumnos/as matriculados en segundo y tercer ciclo de Educación Primaria. El cuestionario evalúa aspectos relacionados con el bienestar percibido o la relación con los demás.

Los principales resultados obtenidos indican que, en general, al alumnado de 4º a 6º de Educación Primaria les gusta ir al colegio e indican que tienen bastantes amigos, sin embargo se percibe una peor relación con el profesorado y una mayor conflictividad entre el alumnado cuanto mayor es el curso en el que están matriculados. Este tipo de resultados nos ayudan a modificar las actuaciones planteadas y reajustar las dinámicas de los centros introduciendo cambios metodológicos para favorecer el desarrollo integral de los estudiantes.



INTRODUCCIÓN

Desde hace años se vienen detectando niveles de estrés, ansiedad y fracaso escolar cada vez más elevados y en etapas educativas cada vez más tempranas (IsHak, Nikraves, Lederer, Perry, Oguymi y Bernstein, 2013). Este hecho se relaciona directamente con factores como el aumento de las responsabilidades y la autonomía, una mayor carga de trabajo académico, así como la falta de habilidades para gestionar las emociones (Enns, Eldridge, Montgomery y González, 2018). De ahí que, en los últimos tiempos, el bienestar emocional haya adquirido una mayor importancia en el ámbito educativo, ya que actuar para promocionar el bienestar psicológico del alumnado, les facilita la comprensión del entorno que les rodea, al tiempo que les dota de las competencias necesarias para hacer frente a las diversas situaciones que se presentan. De esta manera, este constructo se constituye como un proceso educativo que ha de ser permanente y continuo favoreciendo el desarrollo integral de los estudiantes (Bisquerra, 2009; Petrides, 2016).

Recientemente se ha producido una importante evolución en la mayoría de las investigaciones psicológicas y educativas pasando a incluir en sus modelos explicativos las variables afectivas propias del comportamiento humano. En este sentido, aspectos como los estados de ánimo, las emociones o el bienestar emocional pasan a ser considerados en los planteamientos y procesos que se organizan desde los centros educativos para dar respuesta a las necesidades reales de niños y niñas. En medio de un aparente espíritu emocional de la época, numerosos estudios en psicología educativa están experimentando un cambio en términos de atención hacia la esfera afectiva (Cejudo et al., 2016; Peláez-Fernández et al., 2022; Rodríguez-Donaire et al., 2024; Uitto et al., 2015). Por ello, los Equipos Docentes deben ser capaces de detectar y reorientar dificultades en este ámbito para así poder mejorar la calidad de vida de su alumnado.

La escuela como contexto social y espacio idóneo para aprender a vivir, resulta ser un contexto privilegiado para promocionar la convivencia y el bienestar emocional de los individuos. Es un lugar para aprender, crecer, compartir, conocer a los demás y descubrir el mundo que nos rodea. Por este motivo, la convivencia resulta ser un aspecto relevante en el funcionamiento de un centro y requiere del compromiso e implicación de todos los miembros de la comunidad educativa. Sin embargo se sabe que en la escuela se reproducen situaciones conflictivas de la sociedad, pero también se dan las posibilidades de aprender a resolver los conflictos, de aprender a vivir y convivir que es, sin duda, una finalidad básica de la educación. Por ello es en los colegios donde podemos y debemos trabajar en el ámbito emocional, detectando las percepciones propias de cada estudiante, pero también trabajando con aspectos como el conocimiento de los derechos y deberes de todos así como las normas precisas para potenciar una convivencia respetuosa y pacífica.

No debemos olvidar que “Convivir significa vivir unos con los otros en base a unas determinadas relaciones sociales y unos códigos valorativos, forzosamente subjetivos, en un marco de un contexto social determinado” (Jares, 2001, 9; Jares, 2022, 82). El alumnado debe aprender a convivir en una sociedad cambiante donde las TRIC, los cambios en relación a la conciliación, las relaciones personales y sociales postpandémicas... han modificado substancialmente nuestro modo de vivir, convivir y relacionarlos con los demás. El alumnado se ha de enfrentar a demandas cada vez más complejas y ello genera estrés.

Por ello, se pretende establecer un enfoque de la convivencia en el centro partiendo de una visión constructiva y positiva, por lo que las actuaciones van dirigidas a propiciar el desarrollo de comportamientos acomodados para vivir mejor y resolver conflictos, a través de la participación, de unos buenos canales de comunicación y de la prevención de problemas de conducta. Se entiende, por lo tanto, la convivencia y la participación como parte del aprendizaje, además de ser objetivo de la educación y finalidad en sí misma.



Es necesario implicar a todos los sectores de la comunidad educativa: alumnado, familias, profesorado etc. para su puesta en marcha, aplicación, difusión y seguimiento, desarrollando iniciativas encaminadas a evitar la discriminación del alumnado, haciendo hincapié en el respeto mutuo y en las normas de convivencia, estableciendo planes de acción positiva para garantizar la inclusión de todos y todas.

Las administraciones educativas deben apoyar las actividades de los centros con diferentes medidas básicas como:

- La formación del profesorado en los diferentes ámbitos relacionados con el bienestar de toda la comunidad educativa.
- Un mayor apoyo con medidas específicas en centros ubicados en zonas desfavorecidas (proporcionando una mejor dotación de personal en los Departamentos de Orientación, docentes de Educación Especial: maestros de audición y lenguaje y de pedagogía terapéutica para propiciar la inclusión educativa de todo el alumnado; profesorado complementario para apoyar a alumnado con diferentes necesidades...)
- Impulsar programas educativos que favorezcan el bienestar emocional, las habilidades sociales, la convivencia, inclusión y los valores propios de una cultura para la paz.

Por ello, desde los centros educativos, siendo conscientes de las necesidades y medidas a tomar, es prioritario proporcionar respuestas a alumnado, familias, profesorado... partiendo de las necesidades iniciales de todos para poder realizar una intervención preventiva. Cuando un docente detecta dificultades emocionales en las aulas en las primeras semanas de septiembre deberían poder trazarse planes y programas para orientar la situación potenciando de este modo el bienestar emocional de todos los miembros de la comunidad educativa.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Esta investigación tiene por objetivo principal:

- Conocer el grado de bienestar emocional inicial percibido del alumnado de Educación Primaria en centros educativos de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Y como objetivos específicos.

1. Identificar diferencias en la percepción del bienestar emocional inicial entre alumnado de 2º y 3er ciclo Educación Primaria.
2. Comprender las relaciones entre el bienestar emocional inicial percibido por niños y niñas y la percepción de cómo son las relaciones con el resto del alumnado y profesorado.

METODOLOGÍA

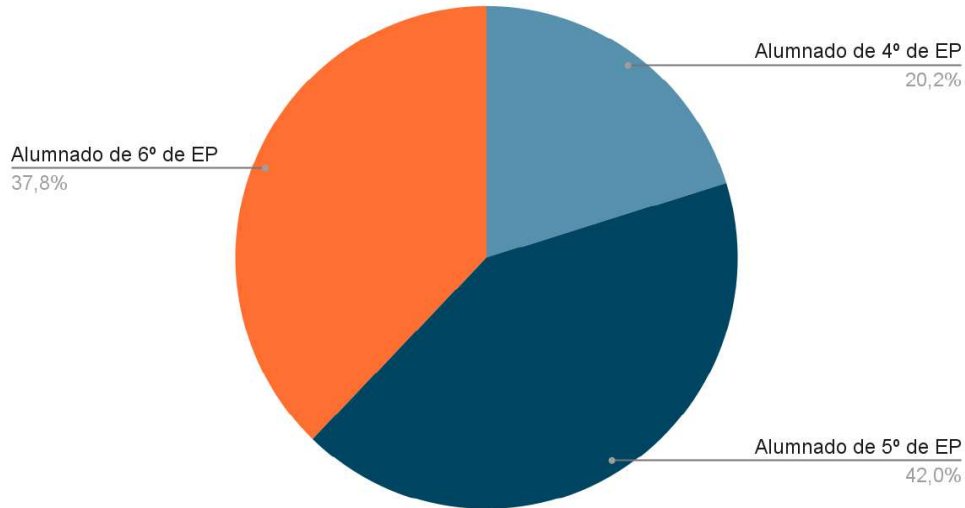
Muestra

El presente estudio se ha realizado con una muestra de 194 alumnos y alumnas pertenecientes a centros educativos públicos de la Comunidad Autónoma de Galicia. El alumnado pertenece al segundo y tercer ciclo de Educación Primaria, concretamente a 4º, 5º y 6º curso. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico de tipo incidental o de accesibilidad.

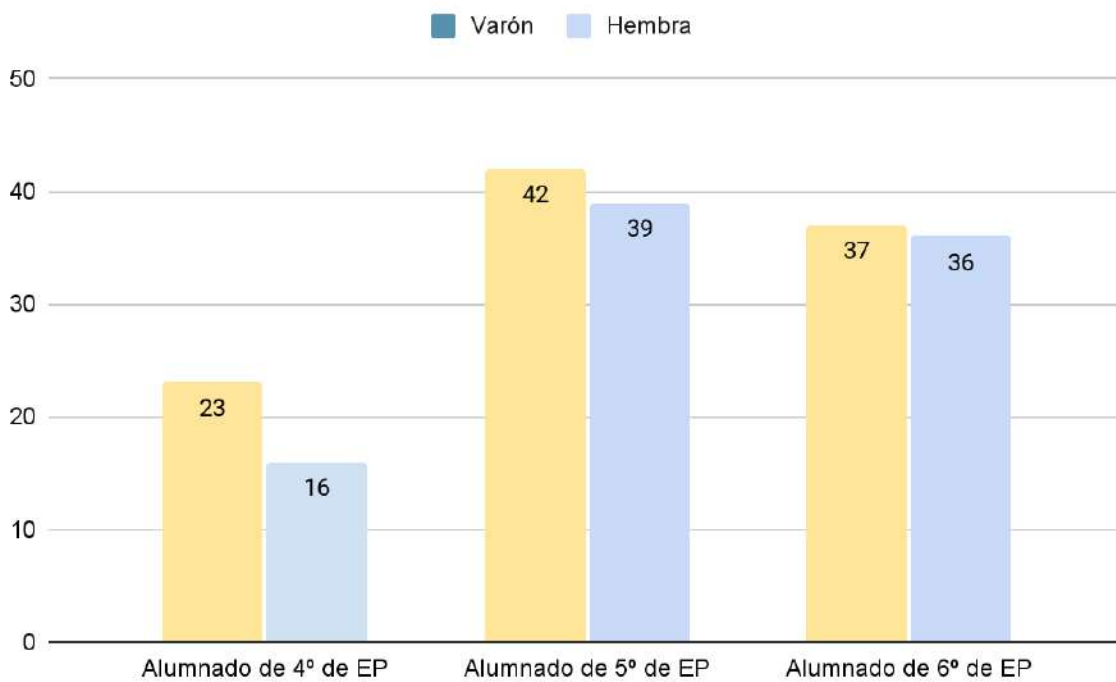
La muestra se distribuyó en 102 niños y 92 niñas. Según el curso se pueden dividir en 39 individuos de 4º curso de EP, 81 sujetos pertenecientes a 5º curso y 73 matriculados en 6º curso de Educación Primaria. A continuación, en la Gráfica 1 se recoge la distribución en porcentajes del alumnado por cursos y en la Gráfica 2 la distribución por género y curso.



Distribución del alumnado por cursos



Gráfica 1. Distribución del alumnado por cursos.



Gráfica 2. Distribución de sexos por cursos.

Los datos se han recogido de manera anónima.

Instrumento

Se ha creado un cuestionario ad hoc con 6 preguntas para evaluar el bienestar emocional del alumnado a principio de curso. El cuestionario fue cumplimentado la última semana de septiembre del 2024 con la idea de recoger la percepción del bienestar emocional del alumnado con la idea de poder detectar dificultades y poder trazar un planteamiento educativo para mejorar el estado emocional del alumnado.



La escala cuenta con las siguientes indicaciones:

“A continuación encontrarás una serie de frases relacionadas con tus sentimientos y pensamientos actuales. Nos gustaría que leyeras detenidamente cada una de ellas y nos dijeras si lo que dice la frase te está sucediendo a ti actualmente.

Para responder debes elegir en cada frase una de las 6 opciones siguientes y marcarla.

- Si lo que dice la frase no te sucede **Nunca** tienes que marcar el **1**.
- Si lo que dice la frase te sucede **Casi Nunca** tienes que marcar el **2**.
- Si lo que dice la frase te sucede **Pocas veces** tienes que marcar el **3**.
- Si lo que dice la frase te sucede **Algunas veces** que marcar el **4**.
- Si lo que dice la frase te sucede **Muchas veces** tienes que marcar el **5**.
- Si lo que dice la frase te sucede **Siempre** que marcar el **6**.

Responde de manera sincera.

No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que respondas lo que te pasa a ti.”

Procedimiento

Se ha procedido a la administración del cuestionario al alumnado en formato papel. Se solicita la colaboración de manera anónima. El alumnado cumplimenta el cuestionario en unos 2-5 minutos.

RESULTADOS

A continuación, en la Tabla 1, se recogen los resultados recogidos de la muestra a través del cuestionario relativo al Bienestar emocional Inicial.



Tabla 1. Resultados recogidos en el cuestionario que evalúa aspectos relativos al bienestar emocional en una muestra de Educación Primaria

Preguntas	Alumnado de 4º EP		Alumnado de 5º EP		Alumnado 6º EP	
	<i>Media muestral</i>	<i>Desviación típica muestral</i>	<i>Media muestral</i>	<i>Desviación típica muestral</i>	<i>Media muestral</i>	<i>Desviación típica muestral</i>
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
1. Me gusta venir al colegio	5,1025641	1,32	4,91358025	1,063	4,47887324	1,157
2. Tengo amigos y amigas en clase	5,7435897	0,71	5,60493827	0,752	5,53521127	0,842
3. Juego con otros niños y niñas en el recreo	4,76923077	1,22	4,92592593	1,385	5,05633803	1,206
4. Mis compañeros y compañeras me invitan a sus cumpleaños	4,56410256	1,21	4,77777778	1,095	4,61971831	1,113
5. Me gusta mis profesores y profesoras	5,71794872	0,56	5,45679012	0,867	5,3	0,805
6. En el centro hay muchas discusiones entre compañeros y compañeras de clase	3,05128205	1,32	2,64197531	1,258	3,61971831	1,314

En relación al ítem: “*Me gusta venir al colegio*” se observa como de media a todo el alumnado le agrada acudir al centro educativo aunque se aprecia una tendencia a empeorar la percepción con el paso de los cursos. El alumnado de 4º de Educación Primaria tiene una media de $\bar{x}=5,1025641$ mientras que en el alumnado de 6º la media es de $\bar{x}=4,47887324$. El ítem 2 “*Tengo amigos y amigas en clase*” arroja unos resultados similares en todos los cursos apreciándose una ligera tendencia al empeoramiento cuanto mayor es el alumnado. A pesar de ello la puntuación es próxima a 6 indicando, por tanto, que los niños y las niñas perciben que tienen entre bastantes y muchos amigos en la escuela. Además se observa una mayor dispersión poblacional en el alumnado de 6º que en el resto. En relación al ítem 3: “*Juego con otros niños y niñas en el recreo*” se observa tendencia a la alza con el aumento de curso académico recogiendo una media superior en el alumnado de 6º de EP ($\bar{x}=5,05633803$) en relación al de 4º de EP ($\bar{x}=4,76923077$). En el ítem 4. “*Mis compañeros y compañeras me invitan a sus cumpleaños*” las puntuaciones son similares encontrándose medias ligeramente superiores en el alumnado de 5º de Educación Primaria ($\bar{x}=4,77777778$).



En lo tocante al ítem 5 “*Me gusta mis profesores y profesoras*” se observa que aunque las puntuaciones son altas en todos los grupos, la tendencia del alumnado es a empeorar ligeramente las puntuaciones cuando el curso es superior. En 4º de Primaria la media recogida es ($\bar{x}=5,7179487$) mientras que en 6º sería ($\bar{x}=5,3$). Además se observa una dispersión mayor de las puntuaciones en 5º y 6º de Primaria que en 4º. Finalmente en el ítem 6 “*En el centro hay muchas discusiones entre compañeros y compañeras de clase*” se observan puntuaciones medias en torno a 3 en 4º de Educación Primaria con tendencia a la baja en 5º EP ($\bar{x}=2,64197531$) y empeoramiento en la percepción en 6º de Educación Primaria donde se recogen puntuaciones medias más altas ($\bar{x}=3,61971831$) y una desviación típica similar en todos los cursos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Vivimos en una sociedad cambiante en la que los niños y niñas deben adaptarse y readaptarse continuamente a nuevas situaciones y obligaciones. Las TRIC, los cambios en las dinámicas de relación, las múltiples obligaciones y deberes a los que se ven sometidos... afectan a su bienestar percibido. Es frecuente que alumnado de Educación Primaria manifieste trastornos emocionales como la ansiedad, depresión, dificultades para conciliar el sueño, baja autoestima, dificultades de relación... llegando a materializarse en autolesiones, intentos de suicidio... Todo ello debería ser considerado en el proceso educativo intentando redirigir y mejorar cuando en las aulas se producen dificultades.

Como profesionales de la educación debemos ser capaces de escuchar a nuestro alumnado siendo sensibles a sus necesidades y abriendo espacios de escucha activa individuales y grupales donde se recojan necesidades con intención de reconducirlas. En este espacio, los Departamentos de Orientación tienen que ser capaces de aportar herramientas para identificar y también para modificar situaciones con la idea de conseguir un mayor bienestar de todo el conjunto de la comunidad educativa.

Con este trabajo se pretende determinar el nivel de bienestar emocional del alumnado de 8 a 12 años de Educación Primaria con la idea de poder reformular los planteamientos a lo largo del curso académico y poder prevenir dificultades de diferente tipo en las aulas.

Con el objetivo principal *Conocer el grado de bienestar emocional inicial percibido del alumnado de Educación Primaria en centros educativos de la Comunidad Autónoma de Galicia* se recoge que en general a los niños y las niñas les gusta ir al colegio entre mucho y bastante, además perciben que tienen entre bastantes y muchos amigos. En lo tocante al objetivo específico 1. *Identificar diferencias en la percepción del bienestar emocional inicial entre alumnado de 2º y 3er ciclo Educación Primaria* se observa una clara diferencia en la percepción que el alumnado muestra en lo tocante al profesorado ya que el alumnado de 6º curso indica puntuaciones más bajas en lo relativo a la valoración del profesorado que el alumnado de 4º. En relación al objetivo específico 2. *Comprender las relaciones entre el bienestar emocional inicial percibido y la percepción de cómo son las relaciones con el resto del alumnado y profesorado*. Se observa que en general el bienestar emocional percibido es alto aunque el alumnado de cursos superiores recoge la percepción de mayor conflictividad entre el alumnado que el de cursos más bajos. En este aspecto resulta fundamental trabajar con el profesorado haciéndolos conscientes del empeoramiento de la percepción que se tiene de los docentes a medida que el alumnado avanza en cursos académicos. Es necesario trazar líneas para mejorar la comunicación y establecer espacios de acercamiento docentes-discentes. No debemos olvidar que se está trabajando con preadolescentes que están sufriendo cambios físicos y emocionales importantes y a los que debemos intentar dar respuesta a sus necesidades desde el diálogo, acompañándoles y escuchándolos.



Así mismo podría ser de interés plantear líneas de trabajo con todo el alumnado haciendo hincapié en los estudiantes del último curso de Primaria para mejorar la relaciones entre ellos y con el profesorado. La tutoría entre iguales, la mediación, las estrategias para la resolución de conflictos... son herramientas a considerar y en las que incidir para mejorar las relaciones entre todos los miembros de la Comunidad Educativa.

A pesar de que este tipo de trabajo presenta limitaciones importantes debidas fundamentalmente al tamaño de la muestra abre vías de cara a planteamientos con el alumnado de los últimos años de primaria ya que al observar el empeoramiento en la percepción de las relaciones con el alumnado y profesorado cuanto mayor es el curso académico nos permite trazar líneas de trabajo para mejorar la intervención.

Sobre la escuela se ha escrito mucho tanto sobre su valor, su organización, su currículo..., como sobre su ineficacia o su obsolescencia (Ruíz-Corbella, 2022). Nos encontramos ante una institución que necesita romper con su visión de cuidado de la infancia para evolucionar hacia la comprensión de diferentes modos de afrontar nuevas maneras de educar a los jóvenes. Cualquier cambio que se plantee al respecto en los centros educativos debe contar con el compromiso y una sólida formación por parte del profesorado para así poder dar respuestas a los diferentes agentes.

Es necesario que desde los colegios se planteen estrategias para poder identificar las necesidades en el ámbito emocional y social del alumnado, de esta manera se van a poder trazar líneas de trabajo en las que resulta imprescindible que estén implicados los equipos docentes. En esta tarea es fundamental la labor de los Departamentos de Orientación a la hora de reformular prácticas y potenciar el desarrollo personal, social y educativo del alumnado (López-González, 2024). Orientadores y orientadoras son conscientes de que es necesaria una mayor y mejor formación, pero también una mejor dotación de recursos así como modificaciones en las prácticas y modo de pensar de los Equipos Docentes. Es a través de la investigación como se puede seguir avanzando en este sentido para mejorar el bienestar emocional, convivencia y calidad de vida en nuestros centros educativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bisquerra-Alzina, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Editorial Síntesis.
- Cejudo, J., López-Delgado, M. L., y Rubio, M. J. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia: Su influencia en la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Anuario de Psicología*, 46(2), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2016.07.001>
- Enns, A., Eldridge, G., Montgomery, C., y González, V. (2018). Perceived stress, coping strategies, and emotional intelligence: A cross-sectional study of university students in helping disciplines. *Nurse education today*, 68, 226-231. doi: 10.1016/j.nedt.2018.06.012
- IsHak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D., y Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: a systematic review. *Clin. Teach*, 10(4), 242-245. doi: 10.1111/tet.12014
- Jares, X.R. (2001). *Educación y conflicto. Guía de educación para la convivencia*. Popular
- Jares, X.R. (2022). Aprender a convivir. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 44. 79-92. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27404405.pdf>
- López-González, B. (2024). Evaluación de la percepción de las limitaciones de la orientación educativa para conseguir una inclusión educativa real. *Revista Dirección y Liderazgo educativo*, 21.
- Peláez-Fernández, M. A., Mérida-López, S., Rey, L., y Extremera, N. (2022). Burnout, work engagement and life satisfaction among Spanish teachers: The unique contribution of core self-evaluations. *Personality and Individual Differences*, 196(6). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111727>



Petrides, K. (2016). Four thoughts on trait emotional intelligence. *Emotion Review*, 8(4), 345-348. doi: 10.1177/1754073916650504.

Rodríguez-Donaire, A., Luna, P., Pérez-González, J.C., y Cejudo, J. (2024). Teacher Emotion Inventory: validation in a sample of Spanish teachers. *Anales de psicología*, 40. 2. 280-289.

Ruíz-Corbella, M. (2022). *Escuela y Primera Infancia*. Narcea.

Uitto, M., Jokikokko, K., y Estola, E. (2015). Virtual special issue on teachers and emotions in Teaching and teacher education (TATE) in 1985– 2014. *Teaching and Teacher Education*, 50, 124-135. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2015.05.008>



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024
Universidad Complutense de Madrid.

TITULO: ¿Cómo afecta el hallux limitus funcional en escolares durante su día a día?

Autor/es: Dra. Claudia Cuevas Martínez¹, Dra. Laura Pérez Palma¹, Dr. Daniel López López², Dr. Israel Casado Hernández³

Centro de Trabajo: ¹Departament de Podologia, Facultat de Medicina I Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain, ²Research, Health, and Podiatry Group. Department of Health Sciences. Faculty of Nursing and Podiatry. Industrial Campus of Ferrol. Universidade da Coruña, 15403 Ferrol, Spain, ³Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain.

Mail de todos los autores: claudia.cuevas@udc.es, lperez@ub.edu, daniel.lopez.lopez@udc.es, isracasa@ucm.es.

INTRODUCCIÓN

La salud podológica en la población escolar es un tema de gran relevancia, ya que este grupo de población vulnerable no suele acudir regularmente al podólogo. Aunque cada vez más pacientes en edad escolar se visitan en consultas de podología y realizan revisiones periódicas, las quejas relacionadas con el pie no suelen ser derivadas, en muchas ocasiones, desde la atención primaria. Esto impide un diagnóstico precoz y preventivo de patologías en estado inicial.

Numerosos escolares presentan patologías en los pies, siendo común la presencia de pies planos o hallux limitus funcional (HLF) entre otros. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas condiciones no se diagnostican ni se tratan en edades tempranas, lo que agrava sus consecuencias a largo plazo. Muchas patologías comunes en la edad adulta, como el hallux limitus (HL), podrían evitarse con un diagnóstico y tratamiento tempranos durante la etapa escolar. Esto no solo reduciría la incidencia de estas patologías en la edad adulta, sino que también mejoraría significativamente la calidad de vida de los afectados(1).

El objetivo de este capítulo es doble. Primero, reducir el desconocimiento existente acerca de las patologías podológicas que afectan la funcionalidad de la primera articulación metatarsofalángica (1ªMTF) en la infancia y sus posibles repercusiones en la vida adulta. Segundo, profundizar en cómo una patología funcional como el HLF en la edad escolar puede afectar la calidad de vida de los niños que la padecen.

A través de un mejor entendimiento y atención temprana, podemos prevenir complicaciones futuras y promover un desarrollo saludable para nuestros niños.

El HLF se describe como una restricción del movimiento de dorsiflexión (DF) de la falange proximal del hallux con respecto al primer metatarsiano (MTT). Esta condición se manifiesta únicamente en cadena cinética cerrada (CCC). Sin embargo, si esta restricción de movimiento también se presenta en cadena cinética abierta (CCA), se conoce como HL(2).

El HL es un trastorno común en adultos y es la segunda patología más frecuente que afecta al primer radio (1R), con una incidencia que aumenta con la edad(3).



En la edad adulta, aproximadamente 1 de cada 40 personas mayores de 50 años muestra signos tempranos de artritis en el pie como consecuencia de esta limitación(3,4). Además, esta condición también se observa en un 10% de la población de entre 20 y 34 años(5).

Abordar estas condiciones desde la infancia, con diagnósticos y tratamientos tempranos, es crucial para prevenir su progresión y las posibles complicaciones asociadas en la vida adulta.

Aunque esta patología es común en adultos, se ha observado cada vez más *unions* dorsales en la 1ªMTF acompañados de una hiperextensión de la falange distal en niños que acuden a consulta. Esta observación hizo sospechar que el impacto de la patología del 1R podría estar incrementándose en la población infantil(6).

Cuando la limitación evoluciona y se agrava, el rango de movimiento queda completamente bloqueado y se ve afectado el plano sagital, en tales casos, es común que la patología evolucione hacia un hallux rigidus (HR) o un hallux valgus (HV) (7–9), ambas condiciones comunes en la población adulta. Estudios anteriores relacionan la presencia de HL en edad adulta con trastornos del pie como una pronación aumentada, lo que puede provocar compensaciones secundarias y posterior patología.

Debido a las compensaciones que genera cualquier bloqueo articular(10–12), es común encontrar otras patologías secundarias como por ejemplo la sesamoiditis o la metatarsalgia, así como problemas en localizaciones más superiores como gonalgias o lumbalgias(13,14), patologías muy frecuentes en la edad adulta.

Los trastornos del antepié pueden deteriorar significativamente la calidad de vida, causando disfunción y dolor tanto localmente como en áreas distantes del origen de la patología. Por ello, este estudio se realizó para comprender mejor cómo afecta esta patología y establecer protocolos y tratamientos adecuados, mejorando la calidad de vida mediante una atención temprana y adecuada.

En la actualidad, hay una notable escasez de estudios científicos sobre esta condición en la población pediátrica. Es crucial realizar diagnósticos tempranos para prevenir futuros problemas biomecánicos y evitar el desarrollo de artritis en los pies(15).

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto del HLF en la calidad de vida de los niños en edad escolar.

Esta investigación se centró en analizar cómo esta condición afecta la calidad de vida de los sujetos, pudiendo alterar su desarrollo biomecánico y funcional. Además, se examinó cómo esta afección influye en el bienestar general y podológico de los menores, buscando proporcionar una comprensión más profunda de las implicaciones a largo plazo de esta condición en la población infantil.



MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y muestra

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó un estudio de casos y controles. Se recogieron los resultados del *Foot Health Status Questionnaire* (FHSQ) de cada voluntario. Los sujetos fueron reclutados en distintas localidades de España y el estudio se realizó de forma consecutiva y a conveniencia, siguiendo el mismo protocolo tanto para sujetos con HLF como para aquellos sin esta condición.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: sujetos con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, sujetos sanos con pies flexibles, que no hayan sido intervenidos quirúrgicamente en las extremidades inferiores, tanto con HLF+ como HLF-, y que hayan firmado y dado el consentimiento informado antes de proceder al inicio de la toma de medidas.

Los criterios de exclusión incluyeron síndrome de hiper movilidad, rango de flexión dorsal de la articulación tibioperoneoastragalina (TPA) inferior a 10° (generando un posible equino de tobillo), rango articular de la 1ªMTF menor a 10° (diagnóstico de HR), presencia de lesiones musculoesqueléticas o trastornos neurológicos, rechazo de las directrices establecidas por parte de los sujetos o de los padres/tutores legales, o estar en tratamiento médico que pudiera afectar a la adquisición de los datos.

Los participantes seleccionados para la presente investigación cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente y, después de leer y aclarar cualquier duda que pudiera surgir, firmaron la documentación requerida para completar la fase de inclusión.

Para calcular el tamaño muestral del estudio, se utilizaron niveles específicos de confianza, potencia y grupos de igual tamaño, aplicando el software Epidat 4.2 (Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia). El estudio se llevó a cabo con un total de 116 participantes, clasificados en dos grupos de igual tamaño (58/58) según la presencia o ausencia de la patología de estudio. Se estableció una potencia estadística del 80%, con un error β del 20%, un error α de 0.05 y una prueba de dos colas.

Procedimiento

Para confirmar que los sujetos cumplían con los criterios de inclusión y no presentaban limitación en la dorsiflexión de TPA, se midió el rango articular utilizando un goniómetro de brazos. Los pacientes se descalzaron y se colocaron en sedestación con la rodilla extendida. Se colocó la articulación subtalar en posición neutra y se realizó una dorsiflexión pasiva de TPA. Si el rango articular era mayor a 10°, el sujeto avanzaba a la siguiente medida; en caso contrario, se excluía del estudio por posible equino de tobillo.

Posteriormente, se midió el rango articular de la 1ªMTF con el paciente en la misma posición. Si el rango era mayor a 10°, el sujeto se incluía en el estudio; si era menor, y por tanto presentaba hallux rigidus (HR), se excluía del estudio por presentar una patología ya estructurada.

A continuación, se llevó a cabo el test de HLF validado por Dananberg para clasificar a los sujetos en su correspondiente grupo según la presencia o ausencia de la patología estudiada. Con el paciente en sedestación y la TPA en posición neutra, el clínico colocó el pulgar de su mano pasiva debajo de la primera cabeza metatarsal (CMT) del pie a explorar y, con la mano activa, generó un movimiento de dorsiflexión de la falange proximal del primer dedo para lograr la dorsiflexión de la 1ªMTF(1). Cuando la fuerza aplicada por ambas manos era similar, se consideraba un resultado negativo (HLF-) y se clasificaba a estos sujetos en el grupo "control". Si la fuerza necesaria para la dorsiflexión de la articulación era mayor en la mano activa que en la pasiva, se consideraba un test positivo (HLF+) y se clasificaba a estos pacientes en el grupo "casos". En un pie con HLF+, las fuerzas aplicadas sobre la 1ªMTF necesaria para realizar la DF de esta articulación es mayor que la aplicada sobre la 1ª CMT, lo cual generará compensaciones y posible patología secundaria(6).



Figura 1 Prueba de HLF+

Para evaluar la calidad de vida de los sujetos incluidos en esta investigación, se utilizó el FHSQ, en su traducción y adaptación transcultural al castellano, publicada en 2010(16), una herramienta autoadministrada diseñada específicamente para evaluar la calidad de vida asociada con la salud del pie. Esta herramienta fue desarrollada para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud del pie, incluye varias subescalas que examinan aspectos clave de la salud y funcionalidad del pie, como el dolor, la función, la elección de calzado y la salud general del pie.

El programa informático asociado convierte las puntuaciones brutas en secciones específicas: la Sección A aborda la salud del pie, mientras que la Sección B evalúa la salud general. Las puntuaciones obtenidas en estas subescalas varían entre 0 y 100, donde 0 indica el peor estado y 100 el mejor.

El cuestionario se estructura en dos secciones principales. La primera sección consta de 13 preguntas que valoran cuatro dominios fundamentales de la salud del pie: dolor, función, salud general y calzado. Las puntuaciones sobre dolor y función se basan en la percepción de fenómenos físicos; la evaluación del calzado se centra en la disponibilidad y comodidad de los zapatos; y la percepción de la salud general del pie se fundamenta en la autoevaluación del paciente sobre el estado de sus pies.

La segunda sección, compuesta por 20 preguntas, explora la salud general del paciente en dominios como la salud física, la función social y la vitalidad. Además, se incluyeron preguntas sociodemográficas para recopilar información sobre antecedentes médicos, situación socioeconómica, hábitos de vida y nivel educativo.

La obtención de los datos del cuestionario FHSQ se llevó a cabo introduciendo la puntuación que cada individuo seleccionó previamente, en conjunto con sus padres o tutores legales, al cumplimentar el cuestionario junto con la documentación legal entregada previamente.

Aspectos éticos y legales

Este proyecto de investigación recibió la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona el 21 de diciembre de 2021 (IRB00003099). Todas las actividades realizadas cumplieron con la normativa vigente de experimentación humana, así como con la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales(17).



Análisis estadístico

El análisis estadístico se efectuó con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 19.0). Los datos paramétricos se describieron como media, desviación estándar (DE) y rango de los valores mínimo a máximo. La normalidad se comprobó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov en las variables estudiadas ($p > 0,05$) en los datos sobre las presiones estáticas. Se utilizaron pruebas t-test para las variables de resultado que se distribuían normalmente. Se realizó la prueba no paramétrica "U" de Mann-Whitney para considerar los contrastes entre los dos grupos con o sin HLF. En el análisis, se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$ y con un intervalo de confianza del 95%. Para el análisis de los datos del FHSQ, se utilizó el programa informático llamado "The Foot Health Status Questionnaire, Versión 1.03" para obtener los resultados correspondientes a cada dimensión vinculadas a la calidad de vida relacionada con la salud del pie.

RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la presente investigación, realizada con un total de 116 participantes reclutados para este estudio. 58 sujetos fueron diagnosticados con HLF y los otros 58 se consideraron sanos. La muestra incluía un total de 54 niños y 62 niñas, con edades comprendidas entre los seis y los doce años, presentando una media de edad de 9.55 años y una DE de 1.54 años.

No se encontró una relación significativa entre la presencia o ausencia de HLF y las variables de peso, altura, IMC, sexo o talla de calzado en la muestra estudiada, como se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 1 Datos sociodemográficos y descriptivos.

Características de la muestra	Grupo total (n=116) Media ± DE (rango)	HLF (n=58) Media ± DE (rango)	Sanos (n=58) Media ± DE (rango)	p-Valor
Edad (años)	9.55 ± 1.54 (6 - 12)	9.72 ± 1.36 (7 - 12)	9.38 ± 1.69 (6 - 12)	0.302†
Peso (Kg)	36.73 ± 11.40 (17.95 - 90.00)	36.72 ± 9.53 (20.00 - 66.00)	36.74 ± 13.09 (17.95 - 90.00)	0.515†
Altura (cm)	140.64 ± 11.03 (113.0 - 176.00)	140.90 ± 9.78 (120.00 - 167.00)	140.40 ± 12.22 (113.00 - 176.00)	0.730†
IMC (kg/m ²)	18.29 ± 4.01 (11.00 - 40.00)	18.21 ± 3.26 (14.00 - 30.00)	18.38 ± 4.67 (11.00 - 40.00)	0.764†
Sexo (niño/niña)	54/62 (46.6/53.4)	24/34 (41.4/58.6)	30/28 (51.7/48.3)	0.264‡
Talla de calzado	35.86 ± 3.35 (15.00 - 43.0)	36.22 ± 2.34 (30.0 - 43.0)	35.50 ± 4.11 (15.00 - 42.0)	0.418†

Abreviaturas: Kg, Kilogramo; Cm, Centímetro; m², Metro cuadrado; % Porcentaje; DE, Desviación estándar; N, Número; †, prueba U de Mann-Whitney; ‡, prueba exacta de Fisher. En todos los análisis, $P < 0,05$ (con un intervalo de confianza del 95%) se consideró estadísticamente significativo.



La primera sección de la Tabla 2 agrupa los resultados específicos del pie, mientras que la segunda sección presenta los valores generales de salud. Este estudio confirma que la presencia de HLF afecta negativamente la salud general del pie. Aunque la diferencia en la funcionalidad del pie no es tan marcada, ya se observa una alteración que sugiere una relación entre la presencia de la patología y una disminución de la funcionalidad del pie.

En todos los valores, se obtuvieron puntuaciones medias más bajas para el grupo con presencia de HLF en todas las secciones, excepto en competencia social y vigor.

Estos resultados permitirán el desarrollo de programas destinados a mejorar las puntuaciones más bajas reportadas por los niños en edad escolar incluidos en esta investigación, quienes presentan HLF.

Tabla 2 Medidas de resultados primarios.

	Grupo total (n=116) Media ± DE (rango)	HLF (n=58) Media ± DE (rango)	Sanos (n=58) Media ± DE (rango)	p-Valor
Dolor de pie	90.26 ± 16.15 (10.00 -100)	88.15 ± 17.99 (10.00 -100)	92.37 ± 13.90 (10.00 -100)	0.285†
Funcionalidad del pie	94.02 ± 12.62 (43.75 -100)	92.56 ± 14.22 (43.75 -100)	95.47 ± 10.72 (43.75 -100)	0.098†
Calzado	60.42 ± 17.68 (8.33 -75)	58.48 ± 18.37 (16.67 -75.00)	62.36 ± 16.90 (8.33 -75)	0.285†
Salud general del pie	78.45 ± 21.07 (25 -100)	73.14 ± 23.87 (25-100)	83.75 ± 16.43 (25 -100)	0.024†
Salud general	84.91 ± 18.90 (30-100)	84.31 ± 17.58 (30-100)	85.52 ± 20.28 (30-100)	0.255†
Función física	94.88 ± 11.88 (22.22 -100)	94.44 ± 10.96 (55.56 -100)	95.31 ± 12.82 (22.22 -100)	0.254†
Capacidad social	93.32 ± 14.03 (25 -100)	94.61 ± 13.87 (25 -100)	92.03 ± 14.18 (37.50 -100)	0.186†
Vigor	78.40 ± 17.30 (25 -100)	79.53 ± 16.79 (25 -100)	77.26 ± 17.86 (37.50 -100)	0.515†

Abreviaturas: DE, desviación estándar; N, número; †, prueba U de Mann-Whitney; ‡, prueba exacta de Fisher. En todos los análisis, $P < 0.05$ (con un intervalo de confianza del 95%) se consideró estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

A través de esta comunicación, se pretende proporcionar información relevante que contribuya a una mejor comprensión de las implicaciones del HLF en la infancia y a la importancia de una intervención precoz adecuada.

Varios estudios han concluido que patologías que afectan a la 1ªAMT como el HV en la edad adulta afectan negativamente la calidad de vida de los sujetos en edad adulta (18,19). En la presente investigación, se estableció una relación entre la salud general del pie y su función, observando peores resultados en los sujetos con HLF+ en comparación con los sujetos sanos. Esto sugiere una posible tendencia hacia una asociación entre el HLF+ en la edad escolar y consecuencias negativas en la salud y función del pie a medida que los individuos envejecen. Además, se detectó un deterioro de la salud general del pie en los niños con HLF+. Por lo tanto, se sugiere que podría existir una tendencia hacia una asociación entre la presencia de HLF+ en edad escolar y otras consecuencias en la salud general y funcional del pie a medida que estos individuos envejecen.



Aunque la funcionalidad del pie aún no está excesivamente alterada, los datos sugieren una asociación preocupante entre la presencia de HLF+ y la salud del pie, la cual podría empeorar progresivamente.

López-López y colaboradores estudiaron la relación entre el FHSQ y la altura del arco plantar, concluyendo que una mayor altura del arco en sujetos de edades comprendidas entre los 6 y 12 años resultaba ser un factor negativo para la calidad de vida de estos(20). Al igual que en la investigación actual, este estudio no encontró diferencias significativas entre los datos sociodemográficos y descriptivos obtenidos entre ambos grupos. Lazarides y colaboradores, así como López-López y colaboradores, determinaron en sus investigaciones que patologías como el HV en edad adulta influían negativamente en la calidad de vida de los sujetos que lo padecían(18,19).

Rodríguez-Sanz y colaboradores concluyeron que la calidad de vida en relación con la patología del pie empeora entre los 18 y 35 años, principalmente en los sujetos de sexo femenino(21). En la muestra del presente estudio también se identificó la relación entre la presencia de HLF+ y la edad de los sujetos. Los niños más jóvenes con HLF+ tenían 8 años, mientras que los más jóvenes sin esta patología tenían 6 años. Esto puede indicar que el impacto de HLF se agrava con la edad, comenzando a afectar la calidad de vida desde etapas tempranas(1).

Palomo-López y colaboradores relacionaron el calzado con la calidad de vida en sujetos adultos(22), y González-Martín y colaboradores también estudiaron la relación del calzado con el FHSQ(23), obteniendo mejores resultados en pacientes sanos respecto a los que presentaban HV.

Es importante señalar que en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre los sexos en relación con la presencia de HLF. Esto puede deberse a la menor variación en el tipo de calzado entre niños y niñas en edades pediátricas, en comparación con las diferencias más marcadas en adultos. Esto nos indica la importancia del uso de un buen calzado durante todas las etapas de nuestras vidas, no únicamente mientras los pies se están desarrollando, sino también en etapas posteriores, donde la funcionalidad debe mantenerse correcta para disminuir el riesgo de lesiones y patologías relacionadas con el uso de determinado calzado.

Los resultados obtenidos en la presente investigación también sugieren que el HLF provoca un deterioro de la salud del pie desde los primeros estadios de la patología, y parece que la funcionalidad del pie ya comienza a alterarse en estas etapas iniciales. Esta tendencia es alarmante, dado que otros estudios anteriormente referenciados han demostrado que la calidad de vida de los adultos con patología de 1ªMTF empeora progresivamente con la edad.

El HLF afecta considerablemente la calidad de vida de los niños, ya que puede provocar dolor crónico en etapas posteriores de la vida. Este dolor no solo limitará su capacidad para participar en actividades físicas y deportivas cotidianas, sino que también puede generar frustración, disminuir la autoestima y reducir la interacción social, ya que los niños tienden a evitar aquellas actividades que podrían exacerbar su malestar. En conjunto, estos factores subrayan la necesidad de una atención adecuada y de intervenciones tempranas para mitigar sus efectos a largo plazo.

Por tanto, es fundamental investigar más a fondo los efectos de la presencia de HLF en la población infantil, no solo para mejorar nuestro conocimiento de esta patología, sino también para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento que puedan minimizar su impacto a largo plazo. La implementación de programas de diagnóstico y tratamiento temprano podría mejorar significativamente la calidad de vida de los niños afectados y reducir la incidencia de complicaciones futuras en la edad adulta.



CONCLUSIÓN

En conclusión, el hallux limitus funcional es una patología que requiere atención temprana y medidas preventivas para evitar que su impacto negativo sobre la salud y la funcionalidad del pie se agrave con el tiempo. Esta condición no solo representa un desafío físico, sino que también tiene un impacto significativo en la calidad de vida general de los niños en edad escolar. La detección temprana y la intervención adecuada son esenciales para mitigar estos efectos a largo plazo, asegurando así una mejor calidad de vida para los pacientes desde edades tempranas hasta la edad adulta y mejorando su bienestar general en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuevas-Martínez C, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Navarro-Flores E, Pérez-Palma L, Martiniano J, et al. Assessment and indicators of hallux limitus related with quality of life and foot health in school children. *Front Pediatr*. 2023 Feb 9;11.
2. Clough JG. Functional hallux limitus and lesser-metatarsal overload. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2005;95(6):593–601.
3. Fung J, Sherman A, Stachura S, Eckles R, Doucette J, Chusid E. Nonoperative management of hallux limitus using a novel forefoot orthosis. *J Foot Ankle Surg [Internet]*. 2020;59(6):1192–6. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2019.11.008>
4. Beeson P. The surgical treatment of hallux limitus/rigidus: a critical review of the literature. *Foot*. 2004;14(1):6–22.
5. Gilheany MF, Landorf KB, Robinson P. Hallux valgus and hallux rigidus: a comparison of impact on health-related quality of life in patients presenting to foot surgeons in Australia. *J Foot Ankle Res*. 2008;1(1):1–6.
6. Cuevas-Martínez C, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Casado-Hernández I, Navarro-Flores E, Pérez-Palma L, et al. Hallux Limitus Influence on Plantar Pressure Variations during the Gait Cycle: A Case-Control Study. *Bioengineering*. 2023;10(7).
7. Bird AR, Payne CB. Foot function and low back pain. *Foot*. 1999;9(4):175–80.
8. Meyr AJ, Berkelbach C, Dreikorn C, Arena T. Descriptive quantitative analysis of first metatarsal sagittal plane motion. *J Foot Ankle Surg*. 2020 Nov;59(6):1244–7.
9. Park CH, Chang MC. Forefoot disorders and conservative treatment. *Yeungnam Univ J Med*. 2019 May 31;36(2):92–8.
10. Dananberg HJ. Sagittal plane biomechanics. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2000;90(1):47–50.
11. Hall C, Nester CJ. Sagittal plane compensations for artificially induced limitation of the first metatarsophalangeal joint: a preliminary study. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2004;94(3):269–74.
12. Scherer PR, Sanders J, Eldredge DE, Duffy SJ, Lee RY. Effect of functional foot orthoses on first metatarsophalangeal joint dorsiflexion in stance and gait. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2006;96(6):474–81.
13. Vallotton J. Functional hallux limitus or rigidus caused by a tenodesis effect at the retrotalar pulley: description of the functional stretch test and the simple hoover cord maneuver that releases this tenodesis. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2010;100(3):220–9.
14. Van Gheluwe B, Dananberg HJ, Hagman F, Vanstaen K. Effects of hallux limitus on plantar foot pressure and foot kinematics during walking. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2006;96(5):428–36.
15. Cuevas-Martínez C, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Casado-Hernández I, Turné-Cárceles O, Pérez-Palma L, et al. Analysis of Static Plantar Pressures in School-Age Children with and without Functional Hallux Limitus: A Case-Control Study. *Bioengineering*. 2023;10(6).



16. Sirera-Vercher MJ, Sáez-Zamora P, Sanz-Amaro MD. Traducción y adaptación transcultural al castellano y al valenciano del Foot Health Status Questionnaire. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2010;54(4):211–9.
17. Holt GR. Declaration of Helsinki-the world's document of conscience and responsibility. *South Med J.* 2014 Jul;107(7):407.
18. Lazarides SP, Hildreth A, Prassanna V, Talkhani I. Association amongst angular deformities in hallux valgus and impact of the deformity in health-related quality of life. *Foot Ankle Surg.* 2005;11(4):193–6.
19. López DL, González LC, Iglesias MEL, Canosa JLS, Sanz DR, Lobo CC, et al. Quality of life impact related to foot health in a sample of older people with hallux valgus. *Aging Dis.* 2016;7(1):45–52.
20. López DL, Bouza Prego M de los Á, Constenla AR, Canosa JLS, Casanovas AB, Tajés FA. The impact of foot arch height on quality of life in 6-12 year olds. *Colomb Med.* 2014;45(4):168–72.
21. Rodríguez-Sanz D, Barbeito-Fernández D, Losa-Iglesias ME, Saleta-Canosa JL, López-López D, Tovaruela-Carrión N, et al. Foot health and quality of life among university students: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2018;136(2):123–8.
22. Palomo-López P, López-López D, Becerro-De-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Rodríguez-Sanz D, Fernández-Carnero J, et al. Concurrent validity of the foot health status questionnaire and study short form 36 for measuring the health-related quality of life in patients with foot problems. *Med.* 2019;55(11).
23. González-Martín C, Alonso-Tajes F, Pérez-García S, Seoane-Pillado MT, Pértega-Díaz S, Couceiro-Sánchez E, et al. Hallux valgus in a random population in Spain and its impact on quality of life and functionality. *Rheumatol Int.* 2017;37(11):1899–907.

TITULO DEL CAPITULO: LA SALUD MENTAL EN EL AMBITO ESCOLAR. ACOSO Y SUICIO.

•Autor: DR. RAFAEL SILVESTRE HERNÁNDEZ IZQUIERDO

•Centro Trabajo: DIRECTOR GENERAL MEDICINA ESCOLAR COLEGIO DE MEDICOS SEVILLA (RICOMS) y PRESIDENTE ASOCIACIÓN SEVILLANA DE MEDICINA ESCOLAR (ASME)

•Mail de todos los autores: rafaelsilvestre.hernandez@gmail.com

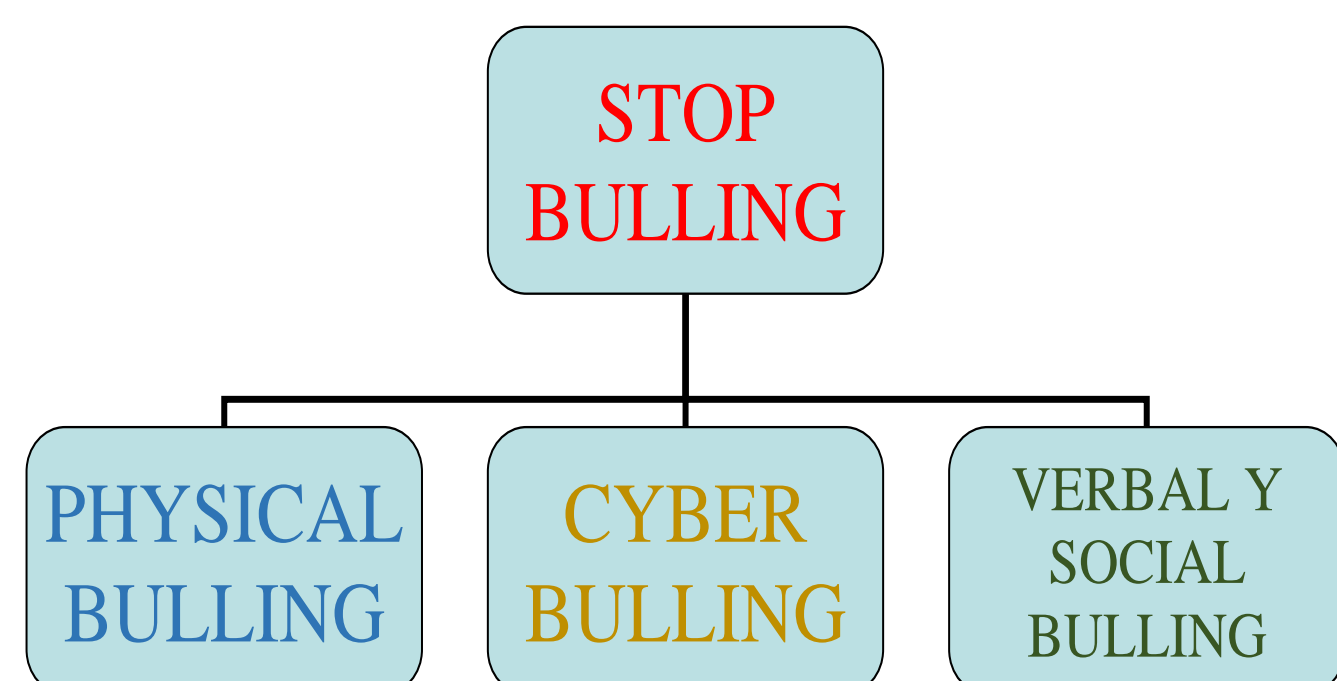
OBJETIVOS/ OBJETIVES

El acoso escolar o bullying sigue afectando a las nuevas generaciones, siendo una realidad que no debemos ignorar, se produce cuando alguien en persona sufre exclusión, agresiones o maltrato físico directo (patadas, golpes, empujones, puñetazos, zancadillas), indirectos (sobre sus objetos personales: mochilas, material escolar, bocadillo...), abuso verbal (insultos, motes, amenazas), o marginación social y psicológicas (burlas, cotilleos o humillaciones), de forma reiterada y continuada por una o más personas a lo largo de un tiempo determinado e incluso utilizando internet y las redes sociales con la intención de afectar su autoestima y producir ansiedad y depresión. Existen tres participantes (quien agrede, la víctima y quien observa). Como objetivos necesarios debemos concienciar a la sociedad y comunidad educativa sobre la magnitud de esta problemática y sobre todo proteger la salud mental de la infancia y adolescencia.

REVISIÓN/ REVIEW

Generalmente el impacto del acoso en niños y jóvenes puede incluir importantes consecuencias sobre todo psicológicas y de salud mental:

- Baja autoestima por no relacionarse bien con sus compañero, No quiere volver al colegio o salir de casa. Aislamiento social deja de quedar con sus amigos.
- Dificultades en el aprendizaje y bajo rendimiento académico debido a la preocupación previa por el acoso.
- Aumento de las inseguridades y visión negativa del mundo
- Aumento de la agresividad dirigida a uno mismo o a los demás
- Repercusiones de la Salud Física, como dolores de cabeza y de estómago, afecciones cutáneas y signos de autolesión.
- Trastornos del sueño y de la conducta alimentaria (TCA),
- Afectación de su Salud Mental, sentimientos de impotencia, soledad, tristeza, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión y señales de alarma con riesgo suicidio en los casos más graves, siendo el mismo la 3ª causa de muerte entre los 15 y 19 años. Muy relevante al respecto, es el estudio de la Fundación ANAR de ayuda a niños y adolescentes «Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022)»,



Las fronteras digitales

El ciberacoso (del término inglés cyberbullying) es el uso de medios digitales o las TIC para molestar, intimidar o acosar a una persona o grupo de personas mediante ataques personales, burlas, divulgación de información personal o falsa, entre otros. Por ejemplo, difundir mentiras, circular rumores o colgar fotografías vergonzosas o desnudos de alguien en Internet, redes móviles (WhatsApp, email o SMS),

Protocolo de actuación para la prevención del acoso escolar

- Creación de normas consensuadas para la convivencia.
- Análisis y diagnóstico de la identificación, comunicación y denuncia
- Actuaciones Programas de educación en valores y desarrollo de la competencia social. Capacitación de los docentes con estrategias de inteligencia emocional, personal y social.
- Intervención individualizada tanto para quienes agreden como para víctimas
- Traslado a la familia y al resto de profesionales que atienden al alumnado víctima de acoso.
- Recogida de información y aplicación de medidas disciplinarias.
- Comunicación a la comisión de convivencia y a la inspección educativa.
- Elaboración de un plan de actuación: medidas a aplicar en el centro, en el aula y con el alumnado afectado.
- Seguimiento del plan de actuación. Mejorar la vigilancia de las zonas de riesgo en todo el centro escolar.
- Asesoramiento del Gabinete Provincial de Convivencia..

Figuras/ Fotos/ Gráficos y tablas / Figures/ Pictures/ Graphs



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

*El acoso escolar o bullying, así como la repercusión a la salud mental de los menores es un hecho cada vez más frecuente en los centros de enseñanza de España y del mundo y es un preocupante problema de salud pública.

* Es imprescindible reforzar el vínculo de los padres y la conexión del entorno familiar como colaboración necesaria de su papel positivo y protector de la salud mental de los menores

*El alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) y LGTBIQ+ pueden sufrir acoso escolar con más probabilidad experimentando más miedo y ansiedad ante situaciones de bullying

* La formación de los Equipos Directivos, Profesorado, Familias y Comunidad Educativa en general es fundamental para afrontar la prevención del acoso escolar y sus consecuencias negativas en la salud mental de la infancia y adolescencia

• Resulta muy necesario reforzar los recursos profesionales de los Equipos de Orientación Educativa EOE y psicopedagógicos EOEP que cuentan con perfiles de Psicología y Medicina Escolar (Andalucía) asesores desde la prevención a la intervención.

* Es fundamental una efectiva coordinación institucional para la aplicación conjunta del protocolo de actuación en los centros educativos sostenidos con fondos públicos para la prevención del acoso escolar y sobre todo del riesgo ante conductas suicidas o autolesiones del alumnado

REFERENCIAS/ REFERENCES

•Lobo Virseda, Yolanda. *Orientación, tutoría y acoso escolar. Propuesta didáctica para prevenir el acoso escolar.*

•Datos del último estudio de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) y COGAM.

•Martín, Ruiz Espinosa, E. y Martínez Arias, R. (2014). *Desajuste psicológico de las víctimas de acoso escolar: Un análisis evolutivo desde la educación primaria hasta la secundaria.*

•Ciberacoso a niños niñas y adolescentes. Fundación MF. <https://www.fundacionmf.org.ar>

•Intervención individualizada tanto para agresores como para víctimas.

•Dan Olweus (1993). *Acoso escolar, «bullying», en las escuelas: hechos e intervenciones.*

•Guía para la prevención del riesgo de conductas suicidas y autolesiones del alumnado. Consejería Desarrollo Educativo y Formación profesional. Junta de Andalucía

•Resolución conjunta de 17 de octubre de 2023, de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Inclusión Social, juventud, familias e igualdad, por la que se aprueba y se hace público el protocolo de actuación en los centros educativos andaluces sostenidos con fondos públicos para la prevención del riesgo ante conductas suicidas o autolesiones del alumnado.



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

**TITULO DEL CAPITULO: LA SALUD MENTAL EN EL AMBITO ESCOLAR.
ACOSO Y SUICIO.**

Autor: DR. RAFAEL SILVESTRE HERNÁNDEZ IZQUIERDO

**Centro Trabajo: DIRECTOR GENERAL MEDICINA ESCOLAR
COLEGIO DE MEDICOS SEVILLA (RICOMS)**

**Mail de todos los autores: rafaelsilvestre.hernandez@gmail.com,
asmemedicinaescolar@gmail.com**

El acoso sigue afectando a las Nuevas Generaciones, siendo una realidad que no podemos ignorar. El acoso escolar o bullying es un hecho cada vez más frecuente en los centros de enseñanza y es un preocupante problema de salud pública, se produce cuando alguien en persona sufre exclusión, agresiones o maltrato físico directo (patadas, golpes, empujones, puñetazos, zancadillas...), indirecto (sobre sus objetos personales: mochilas, material escolar, bocadillo...), abuso verbal (insultos, motes amenazas,...), o marginación social y psicológica (burlas, cotilleos o humillaciones), de forma reiterada y continuada por una o más personas a lo largo de un tiempo determinado.

Además y actualmente la infancia y jóvenes son más susceptibles al acoso debido a la tecnología y las redes sociales de forma virtual, como envío de amenazas, publicación de información falsa y ofensiva en Internet, con unos efectos negativos que pueden durar toda la vida con reducción de autoestima, incluso ansiedad y depresión.

Pero existe cierta diferencia en cuanto a su definición y características. El acoso escolar es un comportamiento agresivo o violento, dirigido hacia ciertos alumnos con la intención de causarle daño físico y mental y malestar, donde siempre existen tres participantes (quien agrede, la víctima y quien observa), en el



que se ataca a la víctima con la intención de intimidar, controlar o provocar daño. El *bullying* se refiere a una forma de acoso que sucede dentro del ámbito escolar, generalmente entre iguales, con consecuencias psicológicas, familiares, sociales y escolares.

El perfil de quien agrede o acosa se caracteriza por un carácter impulsivo y autoritario, no tener adquiridas habilidades sociales ni autocontrol, incapacidad para gestionar las emociones, y por dirigir todo su malestar hacia quienes considera débiles para convertirlos en víctimas. Siente la necesidad de dominar y controlar a los demás. Destaca su falta de empatía, frialdad y hostilidad, el disfrute en el uso de la violencia y su intolerancia ante las diferencias [1].

El acoso no solo lo sufre la víctima, también el entorno, así lo indicaba desde la UNESCO Christopher Castle: “Los testigos, niños y jóvenes, que ven lo que está pasando en su **escuela**, también son afectados. El acoso atenta contra el derecho de todos a la educación”.



Naturaleza y situaciones que motivan el acoso

Nunca hay razón o motivo para que alguien sea víctima de acoso o *bullying*, pero hay tristes modas o tendencias sin sentido, como el año de nacimiento. En Francia hay una gran preocupación entre padres y



autoridades ante las amenazas, burlas e insultos que están recibiendo muchos niños nacidos en 2010, por una campaña en redes sociales que se ha extendido con el nombre de #Anti2010, principalmente en TikTok y en Twitter.

También se suele dar el acoso LGTBIQ+fóbico en las aulas, que deteriora el clima del aula y puede tener consecuencias graves en las víctimas. Se trata de un alumnado que lo sufre por su orientación o identidad sexual, o por alejarse del patrón heterosexual y genérico dominante (Platero, 2008; Pichardo, 2015). Se refiere a cualquier clase de daños o reiterada violencia hacia las personas, psicológica, física o moral, por tener o aparentar tener una orientación sexual diferente. Este acoso lo ejerce quien se considera *fuerte* hacia una persona *débil*.

En España, el acoso escolar frecuentemente toma esta forma desde muy corta edad, cuando la preferencia sexual aún no se ha definido. El 43% de niñas, niños y adolescentes LGTBIQ+ que sufren acoso escolar ha llegado a plantearse el suicidio y, de estos, el 81% ha llegado a planificarlo, lo que supone un 35% del total. El estudio también se refiere a los sentimientos que genera el acoso como son: desesperanza (66%), humillación (63%), impotencia (60%), rabia (59%), tristeza (59%), incomprensión (57%), soledad (53%), vulnerabilidad y aislamiento (50%). Esto se traduce, según la investigación, en que el 17% de las y los jóvenes que sufren acoso escolar LGTBIQ+fóbico llega a intentar contra su vida [2].

El acoso entre el alumnado infantil y adolescentes es una preocupante realidad en España y en el mundo, debido entre otros al efecto negativo de este comportamiento violento en la salud mental y física. En cuanto a los graves efectos del acoso escolar en la salud mental del alumnado hay suficientes pruebas de investigación que demuestran una correlación entre el acoso y los trastornos mentales. La exposición repetida al acoso perjudica el funcionamiento físico, mental y social del niño. El acoso provoca una desregulación emocional y del pensamiento que conduce a trastornos del estado de ánimo como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, el trastorno de pánico, la agorafobia y los trastornos alimentarios.



El estrés y el miedo pueden empujar a niños y jóvenes a un círculo vicioso o cadena de pensamientos negativos y repetitivos sobre preocupaciones actuales, problemas, ideación suicida e intentos.

Generalmente el impacto del acoso en niños y jóvenes puede incluir importantes consecuencias sobre todo psicológicas y de salud mental:

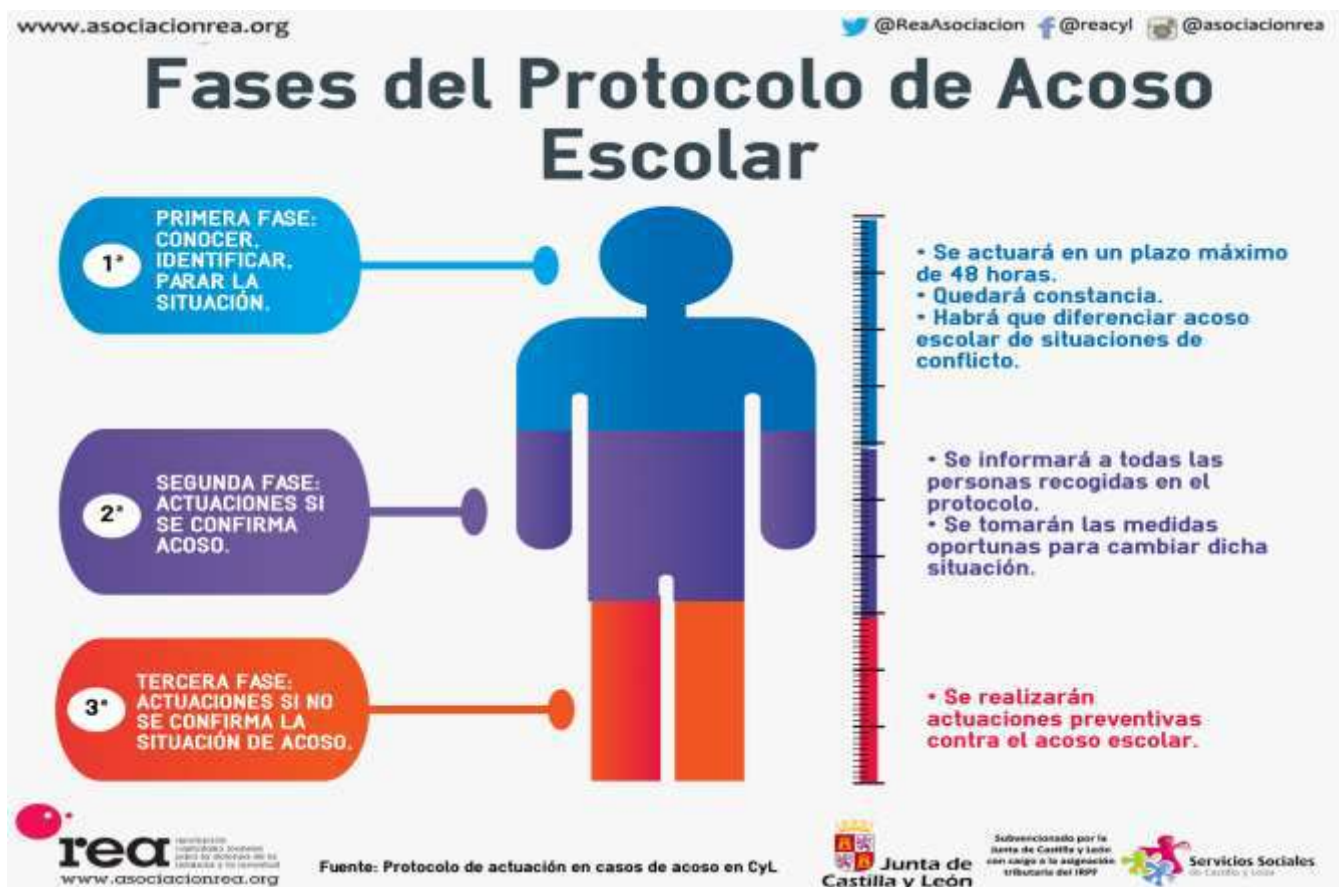
- Baja autoestima por no relacionarse bien con sus compañero, No quiere volver al colegio o salir de casa. Aislamiento social deja de quedar con sus amigos.
- Dificultades en el aprendizaje y bajo rendimiento académico debido a la preocupación previa por el acoso.
- Aumento de las inseguridades y visión negativa del mundo
- Aumento de la agresividad dirigida a uno mismo o a los demás
- Repercusiones de la Salud Física, como dolores de cabeza y de estómago, afecciones cutáneas y signos de autolesión.
- Trastornos del sueño y de la conducta alimentaria (TCA),

Afectación de su Salud Mental, sentimientos de impotencia, soledad, tristeza, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión y señales de alarma con riesgo suicidio en los casos más graves, siendo el mismo la 3ª causa de muerte entre los 15 y 19 años. Muy relevante al respecto, es el estudio de la **Fundación ANAR** de ayuda a niños y adolescentes «Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022)»,

Por tanto, es necesario concienciar a la sociedad y a la comunidad educativa acerca de la magnitud de esta problemática, teniendo como objetivo proteger su salud mental. Para abordar o afrontar este tipo de situaciones de acoso debe existir más implicación activa del profesorado, pero también de otros agentes educativos para fomentar la comunicación efectiva haciendo reflexionar al alumnado y a toda la comunidad educativa sobre la diversidad afectivo-sexual. Además, hay que dotar de recursos, protocolos de actuación y ofrecer al profesorado formación específica sobre este tipo de acoso.



Los centros educativos podrían prevenir este comportamiento con el fortalecimiento del mecanismo de alerta temprana para identificar manifestaciones de violencia escolar, sus causas y consecuencias, y la elaboración de posibles estrategias que permitan contribuir a esta prevención, más teniendo en cuenta que fomentar buenas prácticas desde el respeto y la dignidad es de gran valor en la educación [3].



Las fronteras digitales

El ciberacoso (del término inglés *cyberbullying*) es el uso de medios digitales o las TIC para molestar, intimidar o acosar a una persona o grupo de personas mediante ataques personales, burlas, divulgación de información personal o falsa, entre otros.

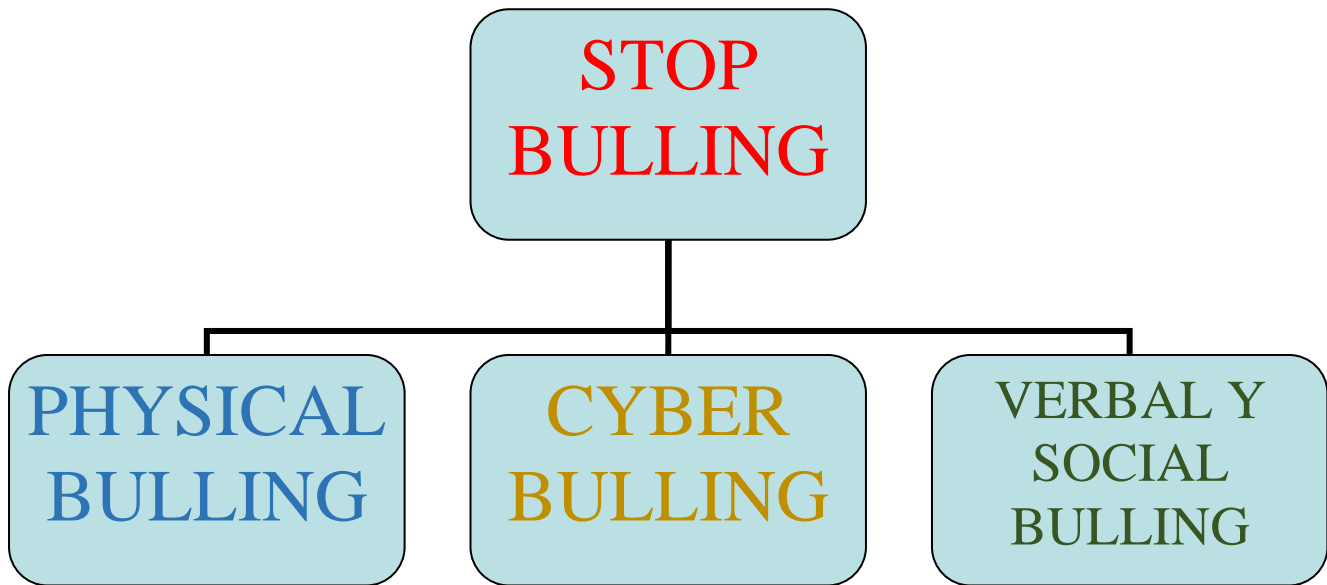


Es un comportamiento que se repite de manera sistemática y que busca amenazar, molestar o humillar a otras personas. Por ejemplo, difundir mentiras, circular rumores o colgar fotografías vergonzosas de alguien en Internet, redes móviles (WhatsApp, email o SMS), foros, juegos en línea o en las redes sociales. El hostigamiento suele darse en el ámbito escolar, por lo que quien agrede y quien lo sufre suelen ser menores que comparten colegio o instituto, amigos o familiares.

Podemos destacar cinco tipos de ciberacoso escolar caracterizados por presentar conflictos en el colegio generalmente entre alumnado menores de edad, de manera directamente intencional y frecuentemente reiterada: *cyberbullying*, *grooming*, *sexting*, sextorsión y ciberviolencia de género. Generalmente se trata de compartir en línea, información personal de alguien sin su consentimiento con el propósito de avergonzar, difamar o humillar.

Por lo tanto, el ciberacoso es un tipo de violencia que se refiere a las agresiones continuas que recibe la víctima a través de las TIC y la web, que disminuyen su autoestima y dañan su desarrollo social. El *grooming* es el acto deliberado sobre un menor para ganarse su confianza, ejerciendo control emocional, con la finalidad de conseguir material de contenido sexual [4].

El ciberacoso escolar es un fenómeno cada vez más preocupante en las aulas. Ante esta realidad se plantean dos objetivos generales: dotar al alumnado de estrategias de resolución de conflictos y problemas de convivencia, y comprobar la eficacia del programa CIE (Convivencia e Inteligencia Emocional) en la disminución de las conductas de ciberacoso, que busca concienciar al alumnado sobre este problema y sus consecuencias. La aplicación de este programa ha demostrado que la inteligencia emocional es modificable y enseñable, que facilita la adaptación y la integración dando resultados positivos.



Actuaciones

En 2020 se firmó en Puertollano (Ciudad Real) el primer *Protocolo de coordinación para la prevención, sensibilización ante situaciones de acoso sexual y por razón de sexo en centros educativos*, pionero en España, sobre planes preventivos o medidas con indicadores, síntomas y pautas a seguir en caso de acoso.

Estos protocolos pueden ser una herramienta activa integral y proactiva para la detección, prevención y protección frente a las violencias machistas, al acoso o al abuso sexual, al acoso por razón de sexo o sexista, por orientación sexual o identidad y expresión de género hacia lesbianas, gays, bisexuales y personas trans, contribuyendo a crear un entorno escolar protegido dentro de una comunidad educativa más igualitaria e inclusiva.

Por ello, es esencial tener claras sus consecuencias y, sobre todo, tener en cuenta medidas más idóneas para prevenir el ciberacoso y frenarlo, tales como hablar y fomentar la confianza, cuidar y vigilar la privacidad, no caer en bulos, emplear los recursos y herramientas para denunciar, entre otras.

Es evidente el papel de la orientación educativa y los equipos de orientación educativa y psicopedagógicos (EOEP), el apoyo de los



Médicos Escolares miembros de los EOE en la prevención, detección, coordinación e intervención profesional en las campañas de sensibilización sobre salud mental frente al acoso escolar en tres niveles: profesorado y personal de administración y servicios (PAS) educativo, las familias y el alumnado.

También reforzar la conexión del entorno familiar, mejorar el vínculo y supervisión de los padres pueden desempeñar un papel positivo y protector en la salud mental de las víctimas de acoso escolar. Todos juntos podemos prevenir el acoso al alumnado y fomentar la amabilidad, la inclusión y la aceptación.

Prevención del acoso escolar

Crear un entorno positivo en un centro de enseñanza es fundamental para niños y jóvenes. La Dirección, Profesorado y Comunidad Educativa en general deben tener normas y estrategias de apoyo psicosocial que desalienten el acoso. Tomar medidas para los acosadores reducirá los incidentes de este tipo en el recinto escolar.

Los padres y familias también pueden prevenir el acoso en la escuela apoyando y aplicando normas antiacoso en casa. Haz saber al acosador que aún tiene que enfrentarse a las repercusiones de su acción en casa.

Las escuelas y las comunidades educativas, también deben promover la importancia de la amabilidad y recompensar estos esfuerzos con un refuerzo positivo. Los niños también pueden aprender empatía de sus cuidadores en casa. El refuerzo positivo es igualmente beneficioso para los jóvenes.

La regulación del ciberespacio es otro aspecto vital de la creación de un entorno seguro para niños y jóvenes. El ciberacoso está cada vez más extendido. Los cuidadores deben vigilar la actividad de sus hijos en Internet para asegurarse de que no son víctimas de acoso o matones. Controle el tiempo y los sitios. Vigile el comportamiento y capacite a los niños a manejar las interacciones en línea de forma segura.



Como padres y cuidadores de niños y jóvenes, es fundamental que les enseñemos habilidades de afrontamiento eficaces. Aprender a identificar las señales de advertencia del acoso, plantarle cara y detener el acoso de forma segura.

La promoción de la salud y estilos de vida saludables, fomentando la comunicación y las actividades extraescolares

Inclusión real y efectiva

Existen evidencias de que el alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) sufre acoso escolar con mayor probabilidad que el resto. Efectivamente, este tiene entre dos y cuatro veces más probabilidades de ser víctima de acoso escolar y experimenta más miedo y ansiedad ante situaciones de *bullying* (Saylor y Leach, 2008) [5].

Este acoso, como otras de sus manifestaciones, tiene consecuencias que pueden llegar a ser fatales. Por ello se hace necesario establecer protocolos y programas eficaces de prevención e intervención psicopedagógica en acoso escolar y ciberacoso (Olweus)[6] para el alumnado en escuelas e IES, una medida clave para prevenir el *bullying* hacia este alumnado, mejorar la convivencia en el centro y conseguir la inclusión real. Esta iniciativa debe dirigirse tanto hacia el alumnado, como al profesorado y a las familias, ya que es necesario que todos los agentes educativos tengan formación y conocimiento sobre este preocupante tema. En las actividades del programa se deberán trabajar la psicoeducación sobre el acoso, inclusión y las necesidades educativas especiales a través de la visualización de películas o vídeos; y, principalmente, habilidades sociales, autoestima y asertividad, debido a que la falta de estas se ha destacado como uno de los principales motivos de este acoso escolar.

En numerosos países no hay normativas que regulen de forma específica e integral la intervención en situaciones de acoso escolar y ciberacoso, sino que existe una diversidad de protocolos y programas que, además, no han sido partícipes de un proceso de evaluación de la eficacia de su aplicación.

Como propuesta para la optimización de los recursos profesionales con un perfil de Psicología de próxima incorporación en las CC. AA., sería eficaz la vinculación



del PROA+ (PROA PLUS) o programas de acompañamiento en zonas ZTS de pobreza infantil para abordar con prioridad el acoso escolar al alumnado NEE.

La Escuela desempeña un papel fundamental para visibilizar el plan de actuaciones específicas que en materia de mejora de la convivencia y prevención de la violencia realizan los EOEP en el ámbito de sus funciones:

- Profundización en la prevención del acoso escolar y ciberacoso mediante la detección de factores de riesgo en el centro educativo y la promoción de factores de protección. Asesoramiento de las medidas que debe contemplar el Plan de Convivencia del centro.
- Abordaje del Protocolo de Actuación ante casos de acoso escolar y ciberacoso desde la perspectiva de la orientación educativa.
- Facilitar la difusión de las orientaciones para la aplicación del Protocolo de Acoso Escolar en casos de ciberacoso.
- Participar e intervenir en los protocolos de acoso escolar (*bullying* y *cyberbullying*) y maltrato infantil en el ámbito de las funciones marcadas a la orientación educativa.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y PARA LA PREVENCIÓN DEL ACOSO ESCOLAR [7,8]

- 1) Creación de normas consensuadas para la convivencia.
- 2) Análisis y diagnóstico de la Identificación, comunicación y denuncia.
- 3) Actuaciones Programas de educación en valores y desarrollo de la competencia social. Capacitación de docentes con estrategias de inteligencia emocional, personal y social.
- 4) Intervención individualizada tanto para quienes agreden como para víctimas
- 5) Traslado a la familia y al resto de profesionales que atienden al alumnado víctima de acoso.
- 6) Recogida de información y aplicación de medidas disciplinarias.
- 7) Comunicación a la comisión de convivencia y a la inspección educativa.



- 8) Elaboración de un plan de actuación: medidas a aplicar en el centro, en el aula y con el alumnado afectado.
- 9) Seguimiento del plan de actuación. Mejorar la vigilancia de las zonas de riesgo en todo el centro escolar.
- 10) Asesoramiento del Gabinete Provincial de Convivencia.

Día Mundial para la Prevención del Suicidio
10 septiembre 2022

¿Qué reivindicamos desde SALUD MENTAL ESPAÑA?

Dotación generosa de recursos a la Estrategia de Salud Mental.	En el actual contexto de pandemia, es más urgente que nunca invertir en prevención.
Formación específica para profesionales de todos los ámbitos que atienden a las personas con estas ideaciones.	Incluir la perspectiva de género, cultural y de edad en la atención a la conducta suicida
Difundir campañas de sensibilización para construir una sociedad más sana y menos competitiva.	Centrarnos en los cuidados y en la educación emocional de las nuevas generaciones

Si te sientes mal y necesitas ayuda, contacta con:
024 Tlno. público, gratuito, 24h
Tlno. de la Esperanza: 91 4590050
SALUD MENTAL ESPAÑA: 672 370 187

#ConectaConLaVida
www.consaludmental.org

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA

Ministerio de Sanidad

En definitiva, es fundamental una efectiva coordinación institucional para la aplicación conjunta del protocolo de actuación en los centros educativos sostenidos con fondos públicos para la prevención del riesgo ante conductas suicidas o autolesiones del alumnado (9)

El **Ministerio de Sanidad** promueve la Línea **024** de atención a la conducta suicida. Se trata de una línea telefónica de asesoramiento y ayuda a las personas con pensamientos, ideaciones o riesgo de conducta suicida, y a sus familiares y allegados, básicamente a través de la contención emocional por medio de la escucha activa por los profesionales del 024.



1. LoboVirsedá, Yolanda. *Orientación, tutoría y acoso escolar. Propuesta didáctica para prevenir el acoso escolar.*
2. Datos del último estudio de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) y COGAM.
3. Martín, Ruiz Espinosa, E. y Martínez Arias, R. (2014). *Desajuste psicológico de las víctimas de acoso escolar: Un análisis evolutivo desde la educación primaria hasta la secundaria.* <https://www.educa.jcyl.es/convivenciaescolar/es/plan-convivencia/aspectos-básicos-ejes-lineas-actuación>.
4. *Ciberacoso a niños niñas y adolescentes.* Fundación MF. <https://www.fundacionmf.org.ar>.
5. Intervención individualizada tanto para agresores como para víctimas.
6. Dan Olweus (1993). *Acoso escolar, «bullying», en las escuelas: hechos e intervenciones.*
7. Basado en la resolución de 26 de septiembre de 2007, de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación, para dar publicidad a los protocolos de actuación que deben seguir los centros educativos ante supuestos de acoso escolar, agresión. BOJA 14-11-2007.
8. Guía para la prevención del riesgo de conductas suicidas y autolesiones del alumnado. Consejería Desarrollo Educativo y Formación profesional. Junta de Andalucía
9. Resolución conjunta de 17 de octubre de 2023, de la Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Inclusión Social, juventud, familias e igualdad, por la que se aprueba y se hace público el protocolo de actuación en los centros educativos andaluces sostenidos con fondos públicos para la prevención del riesgo ante conductas suicidas o autolesiones del alumnado.



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO: "Implicaciones del Hallux Limitus Funcional en la Marcha Infantil."

Autor/es: Dra. Claudia Cuevas Martínez¹, Dra. Laura Pérez Palma¹, Dr. Daniel López López², Dr. Israel Casado Hernández³

Centro de Trabajo: ¹Departament de Podologia, Facultat de Medicina I Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain, ²Research, Health, and Podiatry Group. Department of Health Sciences. Faculty of Nursing and Podiatry. Industrial Campus of Ferrol. Universidade da Coruña, 15403 Ferrol, Spain, ³Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain.

Mail de todos los autores: claudia.cuevas@udc.es, lperez@ub.edu, daniel.lopez.lopez@udc.es, isracasa@ucm.es.

INTRODUCCION

Un rango de movimiento adecuado en la primera articulación metatarsofalángica (1ªMTF) es esencial para un funcionamiento fisiológico normal del pie. Mantener esta movilidad previene bloqueos y evita la necesidad de compensaciones secundarias que podrían surgir de la falta de movimiento en esta articulación. Así, se facilita una marcha eficiente y saludable, minimizando el riesgo de disfunciones y lesiones adicionales.

Es crucial mantener un rango de movimiento de la primera articulación metatarsofalángica 1ªMTF de entre 50 y 90 grado(1–4). Este rango es necesario para estabilizar el pie durante la fase previa a la propulsión(5,6). Al mantener este movimiento, se permite que las fuerzas y el centro de masas avancen de manera fisiológica, evitando alteraciones en las estructuras músculo-ligamentosas.

Además, este rango óptimo de movimiento minimiza el gasto energético durante la marcha, favoreciendo así una locomoción más eficiente y saludable.

Cuando el rango de dorsiflexión (DF) de la 1ªMTF está restringido, puede asociarse con una patología debido a un bloqueo articular en el plano sagital. Esta limitación de movimiento puede ocurrir únicamente en cadena cinética cerrada (CCC), en cuyo caso se denomina hallux limitus funcional (HLF). Esta patología afecta principalmente durante actividades que implican una CCC, como caminar o correr.

En cambio, si la restricción de movimiento aparece en cadena cinética abierta (CCA), se trata de una patología más estructurada. Puede ser hallux limitus (HL) cuando el rango articular está limitado, pero supera los 10° de DF. Si el rango articular es menor a 10°, se diagnostica hallux rigidus (HR). Por lo tanto, el HLF es el inicio de patologías estructurales y es cada vez más común en la población en edad escolar (7) y se caracteriza por una alteración musculoesquelética que afecta a la 1ªMTF, causando trastornos estructurales en diversas áreas anatómicas del sistema locomotor y alterando los patrones de marcha. Por lo tanto, cuando esta patología funcional se agrava y el rango de movimiento se reduce también en CCA, se convierte en HL y es el estadio previo al HR.

El HL es un trastorno del pie muy común en la edad adulta y constituye la segunda patología más frecuente que afecta al primer radio (1R). Su incidencia incrementa notablemente con la edad, y suele estar asociada a alteraciones en la biomecánica del pie, lo que puede resultar en disfunciones y malestar significativo. El conoci-



ento y el abordaje temprano de esta condición en la población infantil podrían ser clave para mitigar su impacto y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen en la edad adulta(8).

Como se ha indicado anteriormente, la limitación de la 1ªMTF es la más frecuente en el plano sagital. Las teorías del plano sagital, descritas por Dananberg, explican que un bloqueo articular genera compensaciones que pueden darse tanto a nivel proximal como distal a la articulación afectada, resultando en la aparición de patologías secundarias(9).

Para ilustrarlo, imagina que uno de los ejes de la siguiente figura está bloqueado. Cuando la estructura se elonga, no lo hará de manera simétrica en ambos lados y ejes, sino que se inclinará hacia un lado u otro en función de la localización del eje bloqueado.

Del mismo modo, en el cuerpo humano, si una articulación presenta un rango de movimiento limitado o bloqueado, la ausencia de movimiento deberá ser compensada por otras estructuras y movimientos, lo cual podrá ser lesivo.

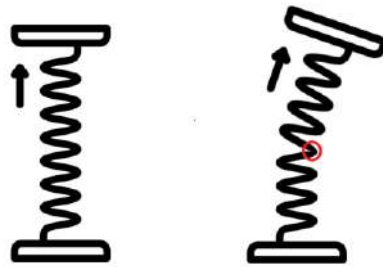


Figura 1 Representación gráfica de una estructura para la comprensión de cómo afecta un bloqueo en el plano sagital. Ejes desbloqueados (izquierda) y eje bloqueado (derecha).

En el caso del bloqueo de la 1ªMTF, el eje del 1R se modifica para disminuir las fuerzas que actúan sobre la articulación afectada. Esta adaptación genera una sobrecarga en las estructuras adyacentes como una consecuencia secundaria, activando una serie de mecanismos compensatorios. Estas compensaciones pueden llevar a un deterioro adicional de la salud del pie y de las estructuras musculoesqueléticas relacionadas, subrayando la importancia de una intervención temprana y adecuada(8).

Debido a la restricción articular que genera el HL, los patrones de marcha se ven alterados, especialmente durante la fase de despegue. Esto se debe al fallo estructural y mecánico que provoca esta patología al bloquear el tercer rocker representado en la siguiente imagen.

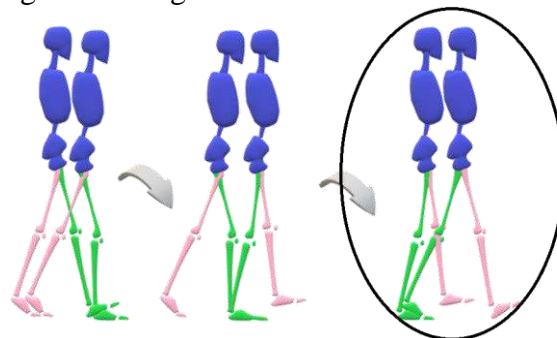


Figura 2 Representación de los tres rockers de la marcha (extremidad inferior en apoyo representada en color verde). Imagen correspondiente al tercer rocker marcada con un círculo.

Este desajuste biomecánico desencadena una serie de compensaciones secundarias que son una de las principales causas del desarrollo prematuro de la artritis del pie e incluso de la artrosis, secundaria a la limitación inicial leve que originó el desajuste biomecánico. Estas compensaciones pueden observarse mediante baropodometría, que estudia las presiones plantares utilizando una plataforma de presiones(10).



Una alteración biomecánica se produce por un desequilibrio de las fuerzas de reacción del suelo (FRS) que actúan sobre una articulación. Unos vectores de fuerza incorrectos generan una descompensación que afecta la correcta funcionalidad del complejo músculo-ligamentoso, resultando en patología.

Como se observa en la Figura 3 A, cuando las fuerzas que actúan sobre la 1ªMTF están en equilibrio, el movimiento se realiza de forma gradual y fisiológica. Por el contrario, como se observa en la Figura 3 B, si las FRS en sentido vertical son mayores que en sentido plantar, se genera un desequilibrio que provoca un desajuste biomecánico, descompensación y patología.

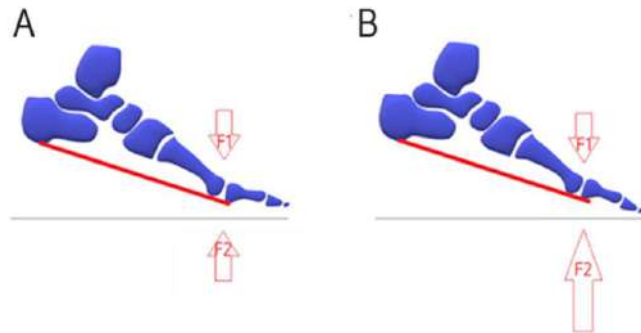


Figura 3 Representación de los vectores de fuerza que actúan en una 1ªMTF funcional (A) y en una 1ªMTF limitada (B).

Las principales compensaciones secundarias al bloqueo de la 1ªMTF en la población adulta, representadas en la siguiente figura, incluyen hiperlordosis lumbar, disminución de la extensión de cadera de la pierna en apoyo, elevación precoz del talón de la pierna en apoyo, disminución del rango articular de la 1ªMTF durante el momento previo a la propulsión y durante esta, flexión de la pierna oscilante y adelanto del centro de masas para aumentar la velocidad con la que las fuerzas reactivas del suelo actúan sobre la articulación afectada(11,12). Además, es frecuente observar hiperpronación tardía del mediopié, "abductory twist" e hiperextensión de la rodilla(13).

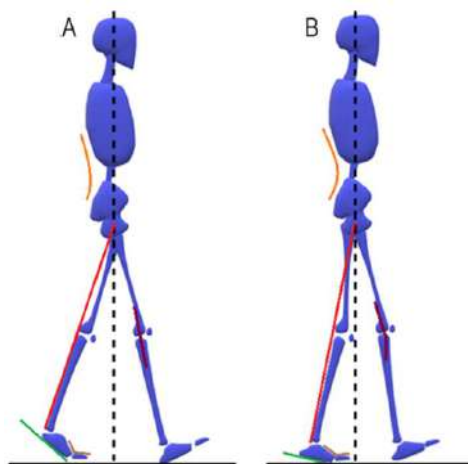


Figura 4 Principales compensaciones secundarias al bloqueo de la 1ªMTF en la población adulta.



OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es evaluar y analizar, mediante el uso de una plataforma de presiones, la presión plantar dinámica en sujetos con y sin presencia de HLF. Este análisis permitirá identificar diferencias en las distribuciones de presión plantar y proporcionar una comprensión más profunda de cómo esta patología afecta la biomecánica del pie durante actividades dinámicas.

METODOLOGÍA

Diseño y muestra

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó un estudio de casos y controles. Se efectuó un análisis biomecánico dinámico de cada sujeto incluido en el estudio, recogiendo los datos mediante una plataforma de presiones portátil. Los sujetos fueron reclutados en distintas localidades de España, y el estudio se llevó a cabo de manera consecutiva y a conveniencia, siguiendo el mismo protocolo tanto para sujetos con HLF como para aquellos sin esta condición, con el objetivo de obtener dos grupos de muestra de igual tamaño.

Los criterios de inclusión fueron: niños con edades entre 6 y 12 años, saludables y con pies flexibles, que no hayan sido sometidos a cirugía en las extremidades inferiores, tanto con hallux limitus funcional positivo (HLF+) como negativo (HLF-), y que hayan firmado el consentimiento informado antes de iniciar el estudio. Por otro lado, los criterios de exclusión abarcaban: presencia de síndrome de hiper movilidad, rango de dorsiflexión de la articulación tibioperoneoastragalina (TPA) inferior a 10° (indicativo de equino de tobillo), rango de movimiento de la 1ªMTF menor a 10° (indicativo de HR), existencia de lesiones musculoesqueléticas o trastornos neurológicos, rechazo de las directrices del estudio por parte de los sujetos o sus tutores legales, o dolor o trastorno en los pies. Los estudios incluyeron solo a aquellos participantes que cumplieran con los criterios de selección previamente establecidos. Tras revisar la información y resolver cualquier posible duda, firmaron los documentos necesarios para finalizar el proceso de inclusión.

Cálculo del tamaño muestral

Para calcular el tamaño muestral del estudio, se utilizaron niveles específicos de confianza, potencia y grupos de igual tamaño, aplicando el software Epidat 4.2 (Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia).

La muestra total estuvo compuesta por 100 sujetos, divididos en dos grupos de igual tamaño: el grupo de casos (n=50) y el grupo de control (n=50) según la presencia o ausencia de la patología de estudio. Se estableció una potencia estadística del 80%, con un error β del 20%, un error α de 0.05 y una prueba de dos colas.

Procedimiento

Para confirmar que los sujetos participantes cumplieran con los criterios de inclusión y no presentaban limitación en la dorsiflexión (DF) del tobillo, se midió el rango articular con un goniómetro de brazos. El paciente se descalzó y se colocó en sedestación con la rodilla extendida. A continuación, se posicionó la articulación subtalar en posición neutra y se realizó una DF de TPA. Si el rango articular obtenido era mayor a 10°, el sujeto pasaba a la siguiente fase y medida; en caso contrario, quedaba excluido del estudio por posible marcha en equino.

A continuación, se midió el rango articular de la 1ªMTF con el paciente en la misma posición. Si el rango superaba los 10°, el sujeto se incluía en el estudio; si era menor y presentaba HR, se excluía del estudio. Posteriormente, se realizó el test de HLF validado por Dananberg(14) para clasificar a los sujetos en su



correspondiente grupo según la presencia o ausencia de la patología estudiada. Con el paciente en sedestación y la TPA en posición neutra, el clínico colocó el pulgar de su mano pasiva debajo de la primera cabeza metatarsal (CMT) del pie a explorar. Con la mano activa, generó un movimiento de DF de la falange proximal del primer dedo para lograr la DF de la 1ªMTF. Si la fuerza aplicada por ambas manos era similar, se consideraba un resultado HLF- y los sujetos se clasificaban en el grupo de control. Si la fuerza necesaria para la DF de la articulación era mayor en la mano activa que en la pasiva, se consideraba un resultado HLF+ y los pacientes se clasificaban en el grupo de casos.

Para la obtención de los datos dinámicos, los sujetos caminaron descalzos y de manera relajada a lo largo de un pasillo, donde se ubicó una plataforma de presiones en el centro.

Los datos para registrar las medidas de presión plantar durante el desplazamiento de los sujetos se obtuvieron utilizando un ordenador portátil, conectado a través de un puerto USB a una plataforma de presiones T-Plate® (Herbitas, Foios, Valencia), compatible con el sistema operativo Windows. Esta plataforma de presiones cuenta con un certificado de la Comunidad Europea y un sistema de auto calibración.

Para la medición dinámica, cada sujeto caminó descalzo sobre la plataforma de presiones de manera relajada. Si se detectaba algún movimiento alterado durante la adquisición de los datos, estos se descartaban y se repetía la medición.

Las variables estudiadas incluyeron el área de apoyo del pie izquierdo (PI) y del pie derecho (PD), la presión máxima en el PI y PD, y la presión media en el PI y PD. Además, el clínico dividió cada pie en siete regiones, como se observa en la Figura 6, para determinar la localización de la presión máxima en dinámica de cada sujeto, utilizando la plataforma T-Plate®.

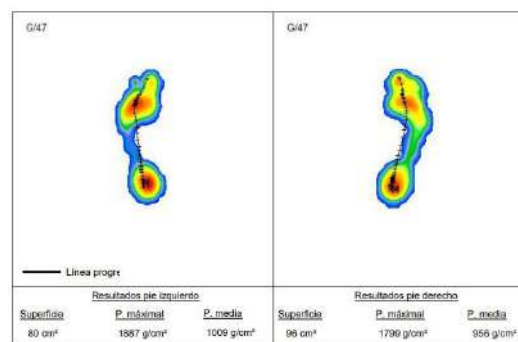


Figura 5 Variables estudiadas durante el estudio biomecánico en dinámica.

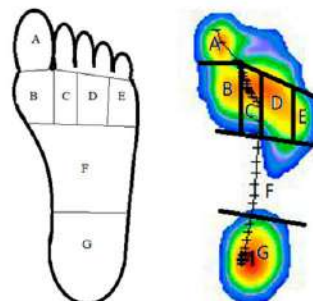


Figura 6 División pie en siete regiones.



Aspectos éticos y legales

Este proyecto de investigación recibió el visto bueno del Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona el 21 de diciembre de 2021 (IRB00003099). Todas las actividades se llevaron a cabo en conformidad con la normativa vigente de experimentación en seres humanos, así como con la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre protección de datos personales y garantía de los derechos digitales(15).

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos de los tres estudios se realizaron utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 19.0). Los datos paramétricos se describieron mediante la media, desviación estándar (DE) y el rango de valores desde el mínimo hasta el máximo. La normalidad de las variables estudiadas se verificó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$) en los datos de presiones dinámicas. Para las variables con distribución normal, se aplicaron pruebas t-test. En los casos donde las variables no seguían una distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica “U” de Mann-Whitney para comparar los dos grupos, con y sin HLF. En todos los análisis, se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo, con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se seleccionó una muestra total de 100 sujetos, con edades comprendidas entre los siete y doce años, y una media de edad de $9,62 \pm 1,37$ años. De estos, 50 presentaron HL, mientras que los 50 restantes formaron el grupo de control. La muestra estaba equilibrada en cuanto al sexo, con 50 sujetos masculinos y 50 femeninos.

Los resultados cuantitativos sociodemográficos, antropométricos y descriptivos se presentan en la siguiente tabla. Las variables incluidas son edad, peso, altura, IMC, sexo y talla de calzado. Ninguna de estas variables mostró resultados significativos.

Tabla 1 resultados cuantitativos sociodemográficos, antropométricos y descriptivos.

Características de la muestra	Grupo total (n=100) Media \pm DE (rango)	HLF (n=50) Media \pm DE (rango)	Sanos (n=50) Media \pm DE (rango)	p-Valor
Edad (años)	9.62 \pm 1.37 (7 - 12)	9.68 \pm 1.29 (7- 12)	9.56 \pm 1.46 (7 - 12)	0.607†
Peso (Kg)	37.84 \pm 11.04 (20.50- 90.00)	37.12 \pm 8.53 (23.30 - 56.60)	38.57 \pm 13.13 (20.50- 90.00)	0.809†
Altura (cm)	140.37 \pm 10.75 (118.0– 176.00)	140.10 \pm 9.54 (121.00 – 167.00)	140.64 \pm 11.92 (118.00 – 176.00)	0.885†
IMC (kg/m ²)	18.83 \pm 3.68 (11.00 - 40.00)	18.64 \pm 2.68 (14.00 - 25.00)	19.02 \pm 4.48 (11.00 - 40.00)	0.803†
Sexo (niño/niña)	50/50 (50.0/50.0)	22/28 (44.0/56.0)	28/22 (56.0/44.0)	0.317‡
Talla de calzado	35.99 \pm 2.67 (28.00 - 43.0)	36.09 \pm 2.20 (31.0 - 43.0)	35.88 \pm 3.08 (28.00 - 42.0)	0.665†

Abreviaturas: Kg, Kilogramo; Cm, Centímetro; m2, Metro cuadrado; % Porcentaje; DE, Desviación estándar; N, Número; †, prueba U de Mann-Whitney; ‡, prueba exacta de Fisher. En todos los análisis, $P < 0,05$ (con un intervalo de confianza del 95%) se considero estadísticamente significativo.



En la siguiente tabla, se presentan los hallazgos obtenidos a partir del análisis de los datos recopilados durante la investigación. Se encontraron resultados significativos en la presión de la cabeza del tercer y cuarto metatarsiano en los sujetos sanos, con un p-valor de 0.031. También se observó un aumento significativo en la presión del retropié en los sujetos HLF, con un p-valor de 0.023.

Además, se identificó una tendencia hacia presiones más elevadas en el hallux, con un p-valor de 0.127, y en la cabeza del primer metatarsiano, con un p-valor de 0.354, en los sujetos con HLF. En los sujetos sanos, la cabeza del segundo metatarsiano mostró un p-valor de 0.156, lo cual no resultó significativo.

Tabla 2 resultados obtenidos para el grupo control y con HLF.

Variables	Grupo total	HLF (n=50)	Sanos (n=50)	p-Valor
	(n=100) Media ± DE (rango)	Media ± DE (rango)	Media ± DE (rango)	
Superficie izquierda (cm ²)	88.59 ± 19.63 (37- 141)	89.54 ± 18.12 (51 - 127)	87.64 ± 21.17 (37 - 141)	0.634†
Superficie derecha (cm ²)	89.72 ± 19.99 (29 - 135)	90.38 ± 19.58 (44 - 125)	89.06.11 ± 20.57 (29 - 135)	0.796†
Pico máximo de presión izquierdo (kPa)	1792.72 ± 479.28 (17.0 - 3566.0)	1789.92 ± 308.41 (1160 - 2503)	1795.51 ± 307.43 (17 - 3566)	0.751†
Pico máximo de presión derecho (kPa)	1757.88 ± 482.93 (12 - 3854)	1759.10 ± 366.86 (262 - 2616)	1756.66 ± 580.19 (12 - 64)	0.697†
Pico medio de presión izquierdo (kPa)	1089.47 ± 862.36 (46 - 9310)	1162.89 ± 1188.17 (716 - 9310)	1016.06 ± 282.42 (46 - 1945)	0.560†
Pico medio de presión derecho (kPa)	1000.88 ± 237.94 (24 - 1906)	1002.08 ± 180.93 (683 - 1516)	999.69 ± 285.74 (24 - 1906)	0.890†
Peso corporal en el primer dedo (izquierdo/derecho) (%)	11/14 (11.0/14.0)	10/8 (20.0/16.0)	1/6 (2.0/12.0)	0.127‡
Peso corporal en 1ª CMT (izquierdo/derecho) (%)	9/7 (9.0/7.0)	8/5 (16.0/10.0)	1/2 (2.0/4.00)	0.354‡
Peso corporal en 2ª CMT (izquierdo/derecho) (%)	11/23 (11.0/23.0)	4/12 (8.0/24.0)	7/11 (14.0/22.0)	0.156‡
Peso corporal en 3ª y 4ª CMT (izquierdo/derecho) (%)	37/22 (37.0/22.0)	11/7 (22.0/14.0)	26/15 (52.0/30.0)	0.031‡
Peso corporal en 5ª CMT (izquierdo/derecho) (%)	1/1 (1.0/1.0)	0/0 (0.0/0.00)	1/2 (2.0/4.00)	1.325‡
Peso corporal en mediopie (izquierdo/derecho) (%)	0/1 (0.0/1.0)	0/0 (0.00/0.00)	0/1 (0.00/2.00)	1.432‡
Peso corporal en talón (izquierdo/derecho) (%)	31/31 (31.0/31.0)	17/18 (34.0/36.0)	14/13 (28.0/26.0)	0.023‡

Abreviaturas: kPa, kilopascasles; Kg, kilogramo; cm, centímetro; cm², centímetro cuadrado; % Porcentaje; DE, desviación estándar; N, número; †, prueba U de Mann-Whitney; ‡, prueba exacta de Fisher. En todos los análisis, P < .05 (con un intervalo de confianza del 95%) se consideró estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

Diversos autores han investigado el ciclo de la marcha y han concluido que caminar es una actividad compleja e inconsciente que se adquiere con el desarrollo. Gibson y colaboradores señalaron que es un hito que se adquiere(16), mientras que Samson y colaboradores indicaron que los cambios biomecánicos en la dinámica articular ocurren a los 4 años en la articulación del tobillo, y entre los 6 y 7 años en las articulaciones de la rodilla y la cadera, respectivamente(17) y determinaron junto con Ito y colaboradores que, en individuos sanos, estos parámetros se comienzan a estabilizar entre los 5 y los 7 años(17,18). Por esta razón, se decidió incluir en esta investigación a sujetos de entre 6 y 12 años, asegurando así que la marcha estuviera completamente desarrollada y que no hubiera alteraciones en los parámetros obtenidos.



Estudios previos realizados por diversos autores, como Gatt y colaboradores, Gerbert y colaboradores, Okamura y colaboradores, y Merker y colaboradores, son de gran relevancia debido a su asociación entre la pronación del pie y la limitación del rango de DF de la 1ªMTF en adultos durante actividades dinámicas (5,19–21). Estos estudios también establecen una relación entre un mayor grado de pronación y la incidencia de limitación y falta de funcionalidad del pie, así como la activación del mecanismo de windlass.

Sin embargo, los estudios de Aquino y colaboradores determinan que la hiperpronación no siempre afecta negativamente la activación del mecanismo de windlass. Según sus investigaciones, la función musculoesquelética puede mantenerse correcta independientemente de un movimiento insuficiente de la 1ªMTF(22).

Halstead y colaboradores concluyeron que el rango de DF pasiva del hallux sin carga era el mismo que durante la dinámica y, por lo tanto, con carga(23). Por otro lado, Durrant y colaboradores determinaron que el rango de movimiento de la 1ªMTF es mayor en estática que en dinámica(24). En las siguientes imágenes se puede comprobar el rango articular de dos sujetos incluidos en el estudio durante la dinámica en CCC, con y sin presencia de HLF.



Figura 7 Rango de DF 1ªMTF en la fase media de la marcha (izquierda) y fase previa a la propulsión (derecha) en un sujeto con HLF-.



Figura 8 Rango de DF 1ªMTF en la fase media de la marcha (izquierda) y fase previa a la propulsión (derecha) en un sujeto con HLF+.

Roukis y colaboradores relacionaron la disfunción del 1R con una lateralización de las FRS, aumentando las presiones sobre los metatarsianos menores(25). Menz y colaboradores encontraron que, aunque hubiera disfunción de la 1ªMTF, si esta era asintomática, las cargas no se lateralizaban y se producía un pico de presión debajo del hallux. Sin embargo, si la limitación era sintomática, la marcha antiálgica lateralizaba las FRS para disminuir las cargas en la articulación afectada, generando hiperpresiones laterales(26) como se representa en la Figura 9. Y como se demuestra en este estudio, las medidas dinámicas obtenidas con una plataforma de presiones en sujetos de edad escolar con presencia de HLF asintomático, las presiones plantares se localizaban bajo el hallux y la 1ªMTF. En cambio, en los sujetos sanos con un rango de la 1ªMTF fisiológico los picos de presión se localizaban bajo la 3ª y 4ª CMT, como se observa en la Figura 10.

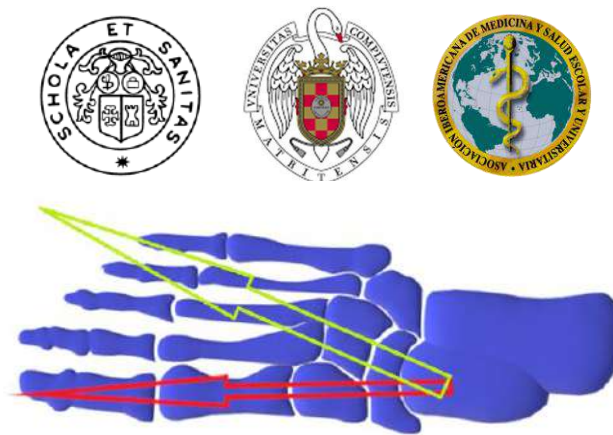


Figura 9 Representación línea de avance de fuerzas durante la dinámica. Flecha roja: marcha asintomática. Flecha verde: marcha sintomática.

Bryant y colaboradores (27) investigaron y compararon las presiones plantares en adultos con HL, HV y aquellos con un rango articular fisiológico de la 1ªMTF. Sus resultados mostraron un mayor pico de presión bajo la primera, segunda y tercera CMT en pies sin patologías, mientras que en sujetos con afectación de la 1ªMTF, se observó una mayor presión bajo el hallux, y la tercera, cuarta y quinta CMT. En contraste, los hallazgos de la presente investigación sugieren que los sujetos en edad escolar con HLF presentan un mayor pico de presión bajo el hallux y la 1ª MTF. Además, se encontraron resultados significativos que indican que los sujetos sanos tienen un mayor pico de presión bajo la tercera y cuarta CMT, así como una mayor presión en RP en el grupo con HLF.

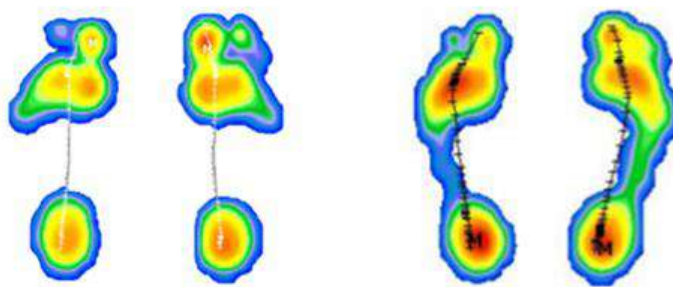


Figura 10 Estudio biomecánico en dinámica de un sujeto con HLF+ (izquierda) y HLF- (derecha).

CONCLUSIONES

La baropodometría dinámica es una herramienta valiosa en investigaciones biomecánicas porque permite identificar anomalías en la marcha. Los escolares con HLF durante la marcha presentan una mayor presión plantar media en el talón y una menor presión plantar media en las cabezas del tercer y cuarto metatarsiano en comparación con los niños sanos que fueron estudiados.

Estos hallazgos sugieren que la limitación funcional en los niños no genera dolor significativo y, cuando está presente, es de manera muy inicial.

Los resultados obtenidos subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y una intervención adecuada en la población infantil para prevenir complicaciones mayores y mejorar la calidad de vida a largo plazo.



BIBLIOGRAFIA

1. Fung J, Sherman A, Stachura S, Eckles R, Doucette J, Chusid E. Nonoperative management of hallux limitus using a novel forefoot orthosis. *J Foot Ankle Surg* [Internet]. 2020;59(6):1192–6. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2019.11.008>
2. Stokes IA. Forces under the hallux valgus foot before and after surgery. *Clin Orthop Relat Res*. 1979;142:64–72.
3. Nawoczenski DA, Baumhauer JF, Umberger BR. Relationship between clinical measurements and motion of the first metatarsophalangeal joint during gait. Vol. 81, *Journal of Bone and Joint Surgery*. 1999. p. 370–6.
4. Nolan KJ, Hillstrom HJ, Sisto SA, Elovic EP. First metatarsal phalangeal joint flexibility: a quantitative tool for evaluation of hallux limitus. *Clin Biomech*. 2008;23(5):703–4.
5. Gerbert J. Hallux limitus/hallux rigidus [Internet]. 3rd ed. W.B. Saunders: Philadelphia, PA, USA; 2001. 371–410 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-7216-7784-2.50020-6>
6. Viehöfer AF, Vich M, Wirth SH, Espinosa N, Camenzind RS. The role of plantar fascia tightness in hallux limitus: a biomechanical analysis. *J Foot Ankle Surg*. 2019;58(3):465–9.
7. Cuevas-Martínez C, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Casado-Hernández I, Turné-Cárceles O, Pérez-Palma L, et al. Analysis of Static Plantar Pressures in School-Age Children with and without Functional Hallux Limitus: A Case-Control Study. *Bioengineering*. 2023;10(6).
8. Cuevas-Martínez C, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Navarro-Flores E, Pérez-Palma L, Martiniano J, et al. Assessment and indicators of hallux limitus related with quality of life and foot health in school children. *Front Pediatr*. 2023 Feb 9;11.
9. Dananberg HJ. Sagittal plane biomechanics. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2000;90(1):47–50.
10. Cuevas-Martínez C, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Casado-Hernández I, Navarro-Flores E, Pérez-Palma L, et al. Hallux Limitus Influence on Plantar Pressure Variations during the Gait Cycle: A Case-Control Study. *Bioengineering*. 2023;10(7).
11. Harradine P, Bevan L, Carter N. An overview of podiatric biomechanics theory and its relation to selected gait dysfunction. *Physiotherapy*. 2006;92(2):122–7.
12. Menz HB, Dufour AB, Riskowski JL, Hillstrom HJ, Hannan MT. Foot posture, foot function and low back pain: The Framingham Foot Study. *Rheumatol (United Kingdom)*. 2013;52(12):2275–82.
13. Payne C, Chuter V, Miller K. Sensitivity and specificity of the functional hallux limitus test to predict foot function. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2002;92(5):269–71.
14. Sánchez-Gómez R, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias ME, Calvo-Lobo C, Navarro-Flores E, Palomo-López P, et al. Reliability study of diagnostic tests for functional hallux limitus. *Foot Ankle Int*. 2020 Apr 1;41(4):457–62.
15. Holt GR. Declaration of Helsinki-the world's document of conscience and responsibility. *South Med J*. 2014 Jul;107(7):407.
16. Gibson M, Stork N. Gait Disorders. *Prim Care*. 2021;48 (3):395–415.
17. Samson W, Van Hamme A, Desroches G, Dohin B, Dumas R, Chèze L. Biomechanical maturation of joint dynamics during early childhood: updated conclusions. *J Biomech* [Internet]. 2013;46(13):2258–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbiomech.2013.06.017>
18. Ito T, Noritake K, Ito Y, Tomita H, Mizusawa J, Sugiura H, et al. Three-dimensional gait analysis of lower extremity gait parameters in Japanese children aged 6 to 12 years. *Sci Rep* [Internet]. 2022;12(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11906-1>
19. Gatt A, Mifsud T, Chockalingam N. Severity of pronation and classification of first metatarsophalangeal joint dorsiflexion increases the validity of the Hubscher Manoeuvre for the diagnosis of functional hallux limitus. *Foot* [Internet]. 2014;24(2):62–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foot.2014.03.001>
20. Okamura K, Egawa K, Ikeda T, Fukuda K, Kanai S. Relationship between foot muscle morphology and



- severity of pronated foot deformity and foot kinematics during gait: a preliminary study. *Gait Posture* [Internet]. 2021;86:273–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2021.03.034>
21. Merker J, Hartmann M, Kreuzpointner F, Schwirtz A, Haas JP. Pathophysiology of juvenile idiopathic arthritis induced pes planovalgus in static and walking condition-A functional view using 3d gait analysis. *Pediatr Rheumatol* [Internet]. 2015;13(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12969-015-0022-z>
 22. Aquino A, Payne C. Function of the windlass mechanism in excessively pronated feet. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2001;91(5):245–50.
 23. Halstead J, Redmond AC. Weight-bearing passive dorsiflexion of the hallux in standing is not related to hallux dorsiflexion during walking. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2006;36(8):550–6.
 24. Durrant B, Pod H, Chockalingam N. A Review. 2009;99(3):236–43.
 25. Roukis TS, Scherer PR, Anderson CF. Position of the first ray and motion of the first metatarsophalangeal joint. *J Am Podiatr Med Assoc*. 1996;86(11):538–46.
 26. Menz HB, Auhl M, Tan JM, Buldt AK, Munteanu SE. Centre of pressure characteristics during walking in individuals with and without first metatarsophalangeal joint osteoarthritis. *Gait Posture* [Internet]. 2018;63(June 2017):91–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2018.04.032>
 27. Bryant A, Tinley P, Singer K. Plantar pressure distribution in normal, hallux valgus and hallux limitus feet. *Foot*. 1999;9(3):115–9.

INCIDENCIA DE CASOS DE LESIONES GINGIVALES EN POBLACION INFANTIL RELACIONADOS CON CEPILLADO ELECTRICO DESDE TEMPRANA EDAD

Orellana Cano, B. (borelcan@gmail.com), Abinader De Blas M.F.(dra_maryabinaderotmail.com), Bardillo Cabezas, A. M. (ambardillo@Hotmail.com)

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL se desea conocer si el uso de cepillo eléctrico está asociado con la presencia de recesiones gingivales en pacientes infantiles.

OBJETIVOS SECUNDARIOS se plantea conocer si el uso de cepillo eléctrico aumenta el cepillado, si los niños saben utilizar correctamente tanto el cepillo eléctrico como el manual y si mejora la presencia de placa dental.

MATERIAL Y METODO

Nos llama la atención la cantidad de recesiones que encontramos en niños en el programa de salud bucodental de atención primaria y decidimos realizar el estudio.

Se hace firmar un consentimiento informado a las familias, posteriormente a eso se les da una encuesta y se hace una revisión para valorar si existen recesiones y por último se le presunta sobre la técnica de cepillado sobre fantoma. Tanto si es cepillo eléctrico o manual.

Tras la recogida de datos se realiza el estudio estadístico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El uso del cepillo eléctrico provoca mayor número de lesiones gingivales en pacientes infantiles

La frecuencia del cepillado dental aumenta con el uso del cepillo eléctrico

Tanto padres como hijos muestran una falta de información respecto a la técnica de higiene oral

Podemos decir que se puede utilizar el cepillo eléctrico como una técnica de motivación pero carecen de técnica adecuada y se provocan lesiones gingivales



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

INCIDENCIA DE CASOS DE LESIONES GINGIVALES EN POBLACION INFANTIL RELACIONADOS CON CEPILLADO ELECTRICO DESDE TEMPRANA EDAD

Orellana Cano, B. (borelcan@gmail.com), Abinader De Blas M.F. (dra_maryabinader@hotmail.com), Bardillo Cabezas, A. M. (ambardillo@hotmail.com)

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Se plantean varios objetivos; como OBJETIVO PRINCIPAL se desea conocer si el uso de cepillo eléctrico esta asociado con la presencia de recesiones gingivales en pacientes infantiles. Como OBJETIVOS SECUNDARIOS se plantea conocer si el uso de cepillo eléctrico aumenta el cepillado, si los niños saben utilizar correctamente tanto el cepillo eléctrico como el manual y si mejora la presencia de placa dental.

REVISIÓN/ REVIEW

MATERIAL Y METODO

En el Centro de Atención Primaria de Doctor Pedro Lain Entralgo, en la unidad de salud bucodental se realiza tanto una encuesta y una revisión dental a pacientes infantiles hasta 17 años de edad.

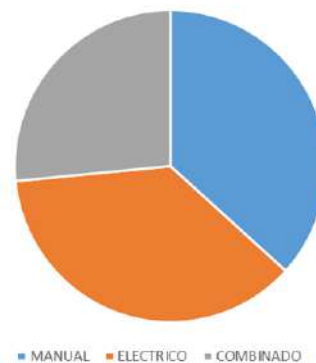
Se revisan un total de 55 pacientes de los cuales 30 son varones y 25 son mujeres, con edades comprendidas entre 7 y 17 años.

Tras explicar la realización del estudio y firmar el consentimiento informado se realiza una encuesta y posteriormente una revisión dental para poder evaluar la presencia de lesiones y la presencia de placa dental. Por ultimo se el pregunta sobre su técnica de cepillado y se les ofrecen la correcciones oportunas para evitar dichas lesiones.

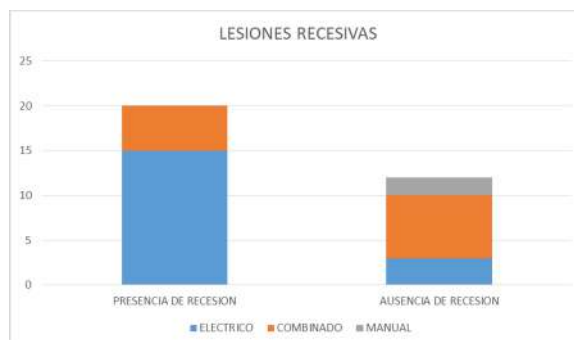
RESULTADOS

- Frecuencia de cepillado: mayor frecuencia con cepillado eléctrico
- Falta de información sobre técnica de cepillado en ambos casos
- Mayor presencia de lesiones de recesión en pacientes con uso de cepillo electrico

CEPILLADO



LESIONES RECESIVAS



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

- El uso del cepillo eléctrico provoca mayor numero de lesiones gingivales en pacientes infantiles
 - La frecuencia del cepillado dental aumenta con el uso del cepillo eléctrico
 - Tanto padres como hijos muestran una falta de información respecto a la técnica de higiene oral
- Podemos decir que se puede utilizar el cepillo eléctrico como una técnica de motivación pero carecen de técnica adecuada y se provocan lesiones gingivales

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Sanz-de Madrid-Calvo JA, Manso-Platero FJ, Suárez-Marchena CM, Segura-Egea JJ, Machuca-Portillo MC. Cepillo iónico versus manual: eficacia en la remoción bioeléctrica de la placa bacteriana. Av Odontostomatol [Internet]. 2024 Mar [citado 2024 Oct 28]; 40(1): 15-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852024000100004&Ing=es. Epub 26-Sep-2024.
- <https://hdl.handle.net/20.500.12802/12920>.
- EFICIENCIA DE DOS TIPOS DE CEPILLOS DENTALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA. <http://repositorio.uach.mx/id/eprint/619>



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

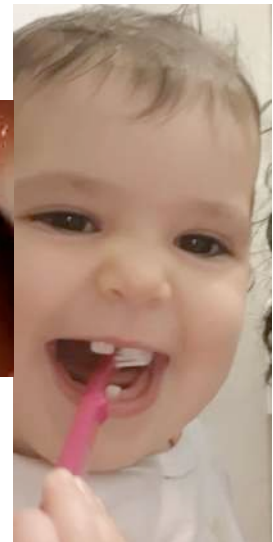
TITULO DEL CAPITULO: HIGIENE Y SALUD ORAL DEL BEBE

Autor/es: Almudena Barrios Baños almudena.barrios@icloud.com; Carlos Manuel Baonza Carqués; Marina Eva López Rueda; Carmen González Montero; Elena Núñez del Río; Virginia Maroto Alonso; Alba Fernández Herrero

Centro de Trabajo: Centro de Salud Navalcarnero II (Madrid)

Mail de todos los autores: almudena.barrios@icloud.com; carlosmanuel.baonza@salud.madrid.org; ruedent@gmail.com; gonzalezmonterocarmen@gmail.com; elenita_nr95@hotmail.es; virginia.marotoa@salu.madrid.org; albaferher.af@gmail.com

Conocer hábitos adecuados y saludables en la salud oral desde el nacimiento, contribuirá a evitar problemas bucales en la niñez, adolescencia y adultez^(4,5). Una buena salud bucal es importante desde los primeros años de vida del niño. Esto consiste en tener una correcta higiene, controles periódicos, alimentación adecuada, no consumir dulces en exceso^(1,2,5,10,11). Los padres deben realizar la limpieza a las encías de su recién nacido con un paño humedecido o dedal dental después de lactar o darle el biberón, ahí es cuando comienza fase oral pasiva, en la cual el bebé disfruta del masaje y manipulación de su boca. Cuando a un niño le sale su primer diente, deben cepillarle los dientes durante dos minutos dos veces al día y empezar a usar un cepillo de dientes de cerdas suaves especial para niños con un cabezal acolchado y una pequeña cantidad de dentífrico de 1000 ppm (partes por millón) de ion flúor, en cantidad equivalente a un grano de arroz^(1,2,,7,8).



Los objetivos son conocer la higiene bucodental del lactante y la relación entre la lactancia y la caries dental.

Discusión:

En relación entre LM (lactancia materna) y caries hay una gran controversia. La OMS y la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan LM exclusiva en los primeros 6 meses de vida, y con dieta



complementaria hasta los 24 meses o más. Encontramos profesionales que recomiendan el cese de la LM señalando un mayor riesgo de caries. En 2015, por parte del Comité de Lactancia de la AEP y otras asociaciones, manifestaron que no hay evidencias científicas entre LM y caries, ya que están demostradas las ventajas sobre la salud general y salud bucodental. Según la Sociedad Española de Ortodoncia (SEDO), sino la falta de higiene oral en presencia de piezas dentales lo que provoca las caries. También cabe destacar que la LM beneficia el desarrollo del aparato estomático, evitando hábitos bucales inadecuados, evitando futuras anomalías dentomaxilofaciales y maloclusiones. (8) También La Liga de la Leche difundió un comunicado en el que dice que “la LM es lo mejor para la salud oral, sin embargo, aunque la lactancia no sea la causa, los niños amamantados también pueden presentar caries, por lo que es importante aplicar las estrategias disponibles para prevenir o reducir la aparición de caries”(9)

En conclusiones:

- Se debe limpiar la boca del lactante y del niño pequeño al menos dos veces al día, con un paño humedecido o dedal dental.
- Comenzar la higiene de los dientes con la erupción del primer diente deciduo, usar un cepillo de dientes de cerdas suaves y cabezal acolchado con una pequeña cantidad de dentífrico de 1000 ppm (partes por millón) de ion flúor, en cantidad equivalente a un grano de arroz.
- El abandono progresivo del biberón sobre los 12 meses nos ayudará en el cambio de un patrón alimenticio de succión a masticación.

Se han utilizado las siguientes referencias bibliográficas:

(1) *RevCiencias Médicas vol.27 supl.1 Pinar del Río 2023 Epub01-Jul-2023*

(2) *Sociedad Española de Odontopediatría*

(3) *Sociedad Española de Pediatría*

(4) *MedlinePlusen español [Internet]. Bethesda(MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Ataque al corazón; [actualizado 1 mayo 2019; revisado 30 oct. 2018; consulta 30 ago. 2019]; [aprox. 5 p.].*

(5) *CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y FACTORES DE RIESGO. REVISIÓN DE LA LITERATURA María Cristina Arango I Gloria Patricia Baena Volumen 12 N° 1 2004*

(6) <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/3385>

(7) *RevPediAten Primaria vol.23 no.90 Madrid abr./jun. 2021 Epub09-Mayo-2022.*

(8) *García Blanco Lorena, Martín Calvo Nerea, CirizaBarea Edurne, Ruiz GoikoetxeaMaite, Fernández Iglesia Vanessa, BarandiaranUrretabizkaiaAitziber. Lactancia materna y caries dental infantil: ¿tienen alguna relación?. RevPediAten Primaria [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 Oct 29]; 23(90): 133-142.*

(9) *Salud bucodental y lactancia. La Liga de la Leche [en línea] [consultado el 09/06/2021]. Disponible en www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/salud_bucodental/Folleto-salud-bucodental-y-LM.pdf*

(10) *La lactancia materna favorece el correcto desarrollo oral del bebé y evita la ortodoncia. Sociedad Española de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial[en línea] [consultado el 09/06/2021].*

(11) *Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. Sociedad Española de Odontopediatría[Disponible en www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf*

HIGIENE Y SALUD ORAL DEL BEBE

Almudena Barrios Baños almudena.barrios@icloud.com; Carlos Manuel Baonza Carqués; Marina Eva López Rueda; Carmen González Montero; Elena Núñez del Río; Virginia Maroto Alonso; Alba Fernández Herrero

INTRODUCCIÓN

Conocer hábitos adecuados y saludables en la salud oral desde el nacimiento, contribuirá a evitar problemas bucales en la niñez, adolescencia y adultez^(4,5). Una buena salud bucal es importante desde los primeros años de vida del niño, esto consiste en tener una correcta higiene, controles periódicos, alimentación adecuada, no consumir dulces en exceso^(1,2,5,10,11). Los padres deben realizar la limpieza a las encías de su recién nacido con un paño humedecido o dedal dental después de lactar o darle el biberón, ahí es cuando comienza fase oral pasiva, en la cual el bebé disfruta del masaje y manipulación de su boca. Cuando a un niño le sale su primer diente, deben cepillarle los dientes durante dos minutos dos veces al día y empezar a usar un cepillo de dientes de cerdas suaves especial para niños con un cabezal acolchado y una pequeña cantidad de dentífrico de 1000 ppm (partes por millón) de ion flúor, en cantidad equivalente a un grano de arroz^(1,2,,7,8).

OBJETIVOS

Conocer la higiene bucodental del lactante.
Relación entre la lactancia y la caries dental.

MATERIAL Y METODO

Revisión mediante Google Scholar. Usando palabra clave “*higiene oral bebe*”, encontrando 366 artículos y seleccionando 11.

DISCUSIÓN

- En relación entre LM y caries hay una gran controversia. La OMS y la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan LM exclusiva en los primeros 6 meses de vida, y con dieta complementaria hasta los 24 meses o más. Encontramos profesionales que recomiendan el cese de la LM señalando un mayor riesgo de caries. En 2015, por parte del Comité de Lactancia de la AEP y otras asociaciones, manifestaron que no hay evidencias científicas entre LM y caries, ya que están demostradas las ventajas sobre la salud general y salud bucodental. Según la Sociedad Española de Ortodoncia (SEDO), sino la falta de higiene oral en presencia de piezas dentales lo que provoca las caries. También cabe destacar que la LM beneficia el desarrollo del aparato estomacal, evitando hábitos bucales inadecuados, evitando futuras anomalías dentomaxilofaciales y maloclusiones.⁽⁸⁾ También La Liga de la Leche difundió un comunicado en el que dice que “la LM es lo mejor para la salud oral, sin embargo, aunque la lactancia no sea la causa, los niños amamantados también pueden presentar caries, por lo que es importante aplicar las estrategias disponibles para prevenir o reducir la aparición de caries”⁽⁹⁾



CONCLUSIONES

- Limpiar la boca del lactante y del niño pequeño al menos dos veces al día, con un paño humedecido o dedal dental.
- Comenzar la higiene de los dientes con la erupción del primer diente deciduo, usar un cepillo de dientes de cerdas suaves y cabezal acolchado con una pequeña cantidad de dentífrico de 1000 ppm (partes por millón) de ion flúor, en cantidad equivalente a un grano de arroz.
- El abandono progresivo del biberón sobre los 12 meses nos ayudará en el cambio de un patrón alimenticio de succión a masticación.

REFERENCIAS

- Rev Ciencias Médicas vol.27 supl.1 Pinar del Río 2023 Epub 01-Jul-2023
- Sociedad Española de Odontopediatría
- Sociedad Española de Pediatría
- MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Ataque al corazón; [actualizado 1 mayo 2019; revisado 30 oct. 2018; consulta 30 ago. 2019]; [aprox. 5 p.].
- CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA Y FACTORES DE RIESGO. REVISIÓN DE LA LITERATURA María Cristina Arango1 Gloria Patricia Baena Volumen 12 Nº 1 2004
- <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/3385>
- Rev Pediatr Aten Primaria vol.23 no.90 Madrid abr./jun. 2021 Epub 09-Mayo-2022.
- García Blanco Lorena, Martín Calvo Nerea, Ciriza Barea Edurne, Ruiz Goikoetxea Maite, Fernández Iglesia Vanessa, Barandiaran Urretabizkaia Aitziber. Lactancia materna y caries dental infantil: ¿tienen alguna relación?. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2021 Jun [citado 2024 Oct 29]; 23(90): 133-142. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322021000200005&lng=es. Epub 09-Mayo-2022.
- Salud bucodental y lactancia. La Liga de la Leche [en línea] [consultado el 09/06/2021]. Disponible en www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/salud_bucodental/Folleto-salud-bucodental-y-LM.pdf
- La lactancia materna favorece el correcto desarrollo oral del bebé y evita la ortodoncia. Sociedad Española de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial [en línea] [consultado el 09/06/2021].
- Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. Sociedad Española de Odontopediatría [en línea] [consultado el 04/11/2019]. Disponible en www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

NECESIDADES DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE: ROL DE LA FAMILIA.

DrC. Yenia Salazar Morales
Dra. Susana Balcindes Acosta
Lic. Yaneika Salazar Morales

OBJETIVOS/ OBJETIVES

- Valorar las dificultades que influyen en el proceso de enseñanza y aprendizaje en el papel de la familia.

REVISIÓN/ REVIEW

Introducción

Es la familia una institución y el proceso de enseñanza-aprendizaje es una unidad que tiene como propósito contribuir a la formación integral de la personalidad del estudiante, de ahí se desprende la necesidad de que la escuela – hogar estén estrechamente unidas en la educación de las futuras generaciones.

Material y método

Estudio descriptivo transversal, en la cual se aplicó una encuesta a estudiantes de 1er año de Enfermería.

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

En la presente investigación, la familia, factor primordial que fomenta en el estudiante de enfermería los sentimientos, cualidades y valores, la conjugación armónica de ellos, simplifica las cualidades que se desean en el niño y el joven que eduquemos en la escuela de hoy.

REFERENCIAS/ REFERENCES

1. Gilberto García Batista, G, Temas de Introducción a la Formación Pedagógica. ed. pueblo y educación: La Habana, 2004.
2. Fernández González, A.M. Comunicación Educativa. ed. pueblo y educación: La Habana, 1995.
3. González Castro, Teoría y Práctica de los medios de enseñanza. ed. pueblo y educación: La Habana, 1986.
4. Colectivo de Autores, Los medios de enseñanza en la educación superior. ed. pueblo y educación: La Habana, 1985.
5. Neuner, G y otros, Pedagogía. ed .libros para la educación: La Habana, 1978.
6. Mined. Pedagogía. ed. pueblo y educación: La Habana, 1984.
7. Bell, G., Programa para el Desarrollo Integral del Adolescente. © UNICEF, Cuba, 2008.
8. Rodríguez Mederos, M, Valdés Marrero, C. y Colectivos de autores. Programa Fundamentos de Enfermería. La Habana, 2015.
9. Añorga, J La Educación Avanzada Teoría Educativa para el mejoramiento profesional y humano de los recursos laborales y de la comunidad. Tesis convertida en libro. Tomo I. Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”, 2015.
10. Pérez Bejerano MF. Programa Educativo para el mejoramiento del desempeño profesional pedagógico de los docentes de los centros de educación de jóvenes y adultos. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana, Cuba, ISPEJV, 2010.

Tabla 1. Convivencia Familiar.

CONVIVENCIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
MADRE	11	9	20	33,8
PADRE	7	5	12	20,3
AMBOS	5	5	10	16,9
OTROS	10	7	17	28,8
TOTAL	33	26	59	100

Tabla 2. Apoyo de los Integrantes de la Familia en el Estudio.

INTEGRANTES DE LA FAMILIA	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
MADRE	5	8.4
PADRE	5	8.4
SÓLO	30	50.8
AMBOS	10	16.9
OTROS	9	15.2
TOTAL	59	100

Tabla 3. Edades más afectadas.

EDADES	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
15	39	66.1
16	7	11.8
17	6	10.2
18	7	11.8
TOTAL	59	100

Tabla 4. Factores que impiden el correcto aprendizaje del estudiante en casa.

FACTORES	CANTIDAD DE ESTUDIANTES	%
SITUACIONES ECONOMICAS	5	8.5
DISCUSIONES	32	54.2
ALCOHOLISMO	8	13.5
SEPARACIONES DE PADRES	7	11.8
OTROS	7	11.8
TOTAL	59	100

Fuente: Encuesta Estudiantes de Enfermería



XII ENCUESTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

Aplicación de la estrategia curricular de investigación e informática en la asignatura Metodología de la Investigación

Resumen

Introducción: La disciplina Metodología de la Investigación en salud tiene el propósito de preparar al estudiante con las habilidades investigativas que serán sistematizadas por las disciplinas de la carrera. Las estrategias curriculares, incorporan una nueva visión de las características del proceso de formación y se relacionan con objetivos que son inalcanzables a partir de contenidos de una sola disciplina, se declara la estrategia curricular de Investigación e Informática. **Objetivo del estudio:** Aplicar la estrategia curricular de investigación e informática en la asignatura Metodología de la Investigación.

Método: Se realizó estudio descriptivo en la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín en 2022. El universo estuvo constituido por trabajos extraclases de Metodología de la investigación y profesores que imparten la asignatura. La muestra fue los resultados de 170 trabajos extraclases de Metodología de la Investigación de 10 grupos y 8 profesores de la asignatura.

Resultados: Existen buenos resultados de ambos trabajos extraclases, exhibiendo una calidad de 88.9% y de 89.8% , en la aplicación de las acciones de la estrategia curricular las dificultades se presentaron en la Búsqueda de información bibliográfica con 75% evaluado de Regular y en análisis y discusión de proyectos de investigación con 63%, así como Lectura, análisis y discusión de artículos científicos con 75%

Palabras Claves: Investigación, Metodología de la investigación, Carrera de Medicina, Estrategia Curricular.

Summary



Introduction: The Health Research Methodology discipline has the purpose of preparing the student with the investigative skills that will be systematized by the disciplines of the career. The curricular strategies incorporate a new vision of the characteristics of the training process and are related to objectives that are unattainable from the contents of a single discipline, the Research and Informatics curricular strategy is declared.

Objective: Apply the research and informatics curricular strategy in the Research Methodology course.

Method: A descriptive study was carried out at the Faculty of Medical Sciences of Holguín in 2022. The universe consisted of extraclass work on Research Methodology and professors who teach the subject. The sample consisted of the results of 170 extraclass projects on Research Methodology from 10 groups and 8 professors of the subject.

Results: There are good results from both extraclass works, exhibiting a quality of 88.9% and 89.8%, in the application of the actions of the curricular strategy, the difficulties arose in the Search for bibliographic information with 75% evaluated as Regular and in analysis. and discussion of research projects with 63%, as well as Reading, analysis and discussion of scientific articles with 75%

Keywords: Research, Research Methodology, Medical Career, Curriculum Strategy



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA CURRICULAR DE INVESTIGACIÓN E INFORMÁTICA EN LA ASIGNATURA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

María Emilia Rodríguez Neyral, Kenia Cuenca Font, Maily Castro Pérez, Gemma Ortiz Romero, Olianka Llanos Dominguez, Elizabeth Concepción Reyes, María Expósito Gallardo, Oscar Aguilera Lozada, Iliana Amell Muñoz, maryeneyra@Gmail.com

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Aplicar la estrategia curricular de investigación e informática en la asignatura Metodología de la Investigación

MÉTODO/ METHOD

Se realizó un estudio descriptivo en la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín de septiembre a diciembre de 2022. El universo estuvo constituido por los resultados de trabajos extraclases de la asignatura Metodología de la investigación de primer año de medicina y los profesores que imparten la asignatura. La muestra se seleccionó de manera intencionada, constituida por los resultados de 170 trabajos extraclases correspondientes a las dos pruebas parciales de 10 grupos y se encuestaron a 8 profesores del Departamento de Informática Médica.

Se revisaron las acciones de la estrategia curricular de investigación e informática propuestas en el plan de estudio E, Informe de promoción de los trabajos extraclases y los Programas de la Disciplina Metodología de la investigación en Salud y de la asignatura Metodología de la Investigación.

RESULTADOS/ RESULTS

Se revisaron los informes de promoción de los dos trabajos extraclases que constituyen pruebas parciales en la asignatura Metodología de la Investigación, los resultados se muestran en el Cuadro 1. El mayor porcentaje de estudiantes tienen calificación de 4 y 5, lo cual traduce que existen buenos resultados de ambos trabajos extraclases, exhibiendo una calidad de 88.9% y de 89.8% respectivamente, indicando el desarrollo de habilidades en los estudiantes para realizar este tipo de tarea

Para evaluar el cumplimiento de las acciones de la estrategia curricular se encuestaron a los profesores participantes en la muestra con el fin de conocer su criterio acerca de la aplicación de estas acciones en la asignatura Metodológica de la Investigación, a través de la ejecución y evaluación de los trabajos extraclases.

En el cuadro 2 aparecen los criterios en la aplicación de las acciones de la estrategia curricular de investigación e informática, las mayores dificultades se presentaron en la acción de Búsqueda de información bibliográfica en los recursos disponibles en la Red con 75% de cumplimiento evaluado de Regular y en Estudio, las acciones: análisis y discusión de proyectos de investigación con 63%, así como Lectura, análisis y discusión de artículos científicos con 75%

Cuadro 1. Calidad de la evaluación de los trabajos extraclases en Metodología de la Investigación

Notas	Trabajo Extraclase 1		Trabajo Extraclase 2	
	No.	%	No.	%
5	68	31.2	81	37.5
4	126	57.8	113	52.3
3	24	11	22	10.2
Total	218	100	216	100

Cuadro 2. Criterio del cumplimiento por profesores de acciones de la estrategia curricular de investigación e informática en Metodológica de la investigación

Acciones de la estrategia curricular	B		R	
	No	%	No	%
Búsquedas de información bibliográfica en los recursos disponibles en la Red.	2	25	6	75
Recogida de información.	7	88	1	13
Utilización de recursos informáticos.	8	100	-	-
Presentación de información mediante tablas estadísticas y gráficos.	7	88	1	13
Estudio, análisis y discusión de proyectos de investigación.	3	38	5	63
Lectura, análisis y discusión de artículos científicos.	2	25	6	75
Determinación de un problema de investigación propio de la APS.	8	100	-	-
Confección de un perfil de proyecto de investigación.	8	100	-	-
Confección de un proyecto de investigación	7	88	1	13

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

La realización de los trabajos extraclases en la asignatura Metodología de la Investigación obtuvieron una buena promoción y una alta calidad en las calificaciones y a su vez contribuyeron al desarrollo de las habilidades investigativas plasmadas en el programa de la asignatura que facilitó al cumplimiento de la mayoría de las acciones contempladas en la Estrategia Curricular de Investigación e Informática.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Soto Santiesteban V, Felicó Herrera G, Ortiz Romero GM, Sánchez Delgado JA, Soto Santiesteban B, Cuenca Font K. Propuesta metodológica para la dirección del trabajo independiente desde Metodología de la Investigación y Estadística. EDUMECENTRO. 2017 [citado 06/04/2023]; 9 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000100004
- Ministerio de Salud Pública, Comisión Nacional Carrera de Medicina. Plan de Estudio E de la Carrera de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. 2019
- Ministerio de Salud Pública, Comisión Nacional Carrera de Medicina. Perfeccionamiento del Plan de Estudio de la Carrera de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2010.
- Ortiz-Romero G, Soto-Santiesteban V, Felicó-Herrera G, Rodríguez-Neyra M, Soto-Santiesteban B. Evaluación final de Informática Médica para la formación de habilidades investigativas en estudiantes de medicina. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 15 May 2023]; 23 (2) Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2619>
- Gemma Margarita, Soto Santiesteban Vivian, Felicó Herrera Gilberto, Pérez Pérez Silvia María, Cuenca Font Kenia. Propuesta de guía para la evaluación conjunta del trabajo de curso en Metodología de la Investigación y Prevención en Salud. MEDISAN [Internet]. 2021 Feb [citado 2022 Ene 06]; 25(1): 216-225. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100216&lng=es. Epub 10-Feb-2021.
- Ministerio de Educación Superior. Reglamento de Trabajo Docente y Metodológico. En: Resolución Ministerial No 47/2022. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2022.
- Rodríguez Neyra ME, Cuenca Font K, Leyva Aguilera JJ. Aplicación de la metodología de la investigación en la actividad científico estudiantil en el tercer año de medicina. V Jornada Científica de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud. 2016 [citado 06/01/2023]. Disponible en: <http://socecscholguin2016.sld.cu/index.php/socecscholguin/2016/paper/view/270>
- Leyva Aguilera JJ. Implementación de la metodología para aplicar la Estrategia Curricular de Investigación e Informática en quinto año de Medicina. Holguín: Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello; 2017. MEDISAN 2019; 23(2):218-13. González Peña M, Espino Hernández M. Principales elementos de contenido y forma para elaborar un proyecto de revista científica electrónica estudiantil. Rev Cuba Inf Cienc. salud. 2014 [citado 11/12/2022]; 25 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132014000200006
- Rodríguez Neyra ME, Carrasco Fera MA. Metodología para la implementación de estrategia curricular de investigación e informática en la carrera de medicina. CCM. 2017 [citado 20/12/2022]; 21 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200010&lng=es&nrm=iso&tng=es



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Cumplimiento de las medidas de prevención de brotes de Covid-19 en las escuelas. Municipios de la Región Occidental. Cuba 2021-2022

Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu. Instituto, Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba cumbacary24853@gmail.com, uvsinhem2@infomed.sld.cu, Dra Susana Balcindes Acosta, balcindes@inhem.sld.cu INHEM.La Habana.Cuba
Dr. Juan Aguilar Valdés uvsinhem1@infomed.sld.cu ,La Habana Cuba, Dra.Laura Margarita Vargas Pérez, La Habana. Cuba, lauravargas@infomed.sld.cu

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Caracterizar el cumplimiento de las medidas de prevención de brotes de Covid-19 en escuelas de municipios de la Región Occidental de Cuba en el período 2021-2022

RESULTADOS/ RESULTS

- En algunas escuelas evaluadas se detectaron desconocimientos de los síntomas y signos siguientes; dolor o presión en el pecho que fue el que se encontró en mayor cantidad de escuelas ,además fueron detectadas deficiencias en la divulgación de los mismos, ambos aspectos esenciales para el buen funcionamiento de las medidas de vigilancia.
- Fueron detectados incumplimientos de algunas medidas de vigilancia, no obstante la búsqueda activa de síntomas y signos de Covid -19 en los educandos y en los trabajadores se realizó en todas las escuelas.
- Se detectaron tanto en los primeros como en los segundos síntomas y signos de Covid-19, en la mitad de las escuelas evaluadas, a pesar de ello y que en la totalidad de ellas se diagnosticaron educandos y trabajadores enfermos de Covid -19 no se produjeron brotes en las instituciones

MÉTODO/ METHOD

Se ejecutó un estudio de desarrollo entre septiembre 2021 y junio 2022 en dos etapas: Primera, se diseñaron una guía de evaluación del cumplimiento de las medidas de prevención y su instructivo para ser utilizado por los inspectores sanitarios estatales, ambos instrumentos fueron validados por expertos mediante el método Delphi. Segunda etapa: se ensayaron los instrumentos en 14 escuelas primarias de 7 municipios : Bauta, Alquizar, Candelaria y San Cristóbal provincia Artemisa, Nueva Paz, provincia Mayabeque y Los Palacios provincia de Pinar del Río.

Tabla 1 Conocimientos y divulgación de los signos y síntomas de Covid 19 en la escuela.

Conocimientos y medidas de divulgación de los signos y síntomas de la Covid 19	10 de Octubre de escuelas (8)		Otros municipios escuelas (6)	
	No cumplen		No cumplen	
	Nº	%	Nº	%
Conocen los maestros y trabajadores los síntomas y signos de la Covid 19				
Dolor o presión en el pecho	8	100	3	50,0
Náuseas y vómitos	0	0,0	2	33,3
Dolor abdominal	0	0,0	3	50,0
Pérdida del apetito	0	0,0	1	16,7
Sarpullido	0	0,0	3	50,0
Confusión	0	0,0	4	66,7
Han sido divulgados los síntomas y signos a los educandos	0	0,0	2	33,3
Han sido divulgados los síntomas y signos a los trabajadores	1	12,5	1	16,7
Han sido divulgados entre los familiares	1	12,5	2	33,3
Hay colocado en la entrada de la institución un letrero o cartel con estas informaciones para que los padres y familiares los conozcan.	6	75,0	1	16,7
Se ha informado a los educandos y a las madres que de presentar el educando síntomas o signos de Covid 19 o por recibir este diagnóstico o ser contacto de persona sospechosa o diagnosticada con esta enfermedad, no deben ir a la escuela sino al médico	1	12,5	2	33,3

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Los Inspectores Sanitarios Estatales evaluaron el cumplimiento de las medidas de prevención de brotes de Covid-19, la vigilancia activa, los conocimientos , la divulgación de los signos y síntomas de Covid 19 en las escuelas de forma rápida y sencilla mediante la guía e instructivo elaborados, lo cual contribuyó a obtener un impacto positivo de estas medidas aplicadas al no ocurrir brotes en ninguna de las instituciones educativas estudiadas.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Regreso a la escuela durante la COVID-19, Información para educadores y profesionales de la salud escolar.[Internet] [citado el 6 de mayo de 2020]. [aprox 5 p] Disponible en: <https://www.childrensmc.org/health-and-safety-resources/information-about-covid-19-novel-coronavirus/consejos-para-regresar-a-las-actividades-en-la-comunidad-de-manera-segura/>
- UNICEF. Precauciones en el aula durante la COVID-19. Consejos para que los maestros se protejan a sí mismos y a sus alumnos. [Internet]. 16 Septiembre 2020 [citado el 6 de mayo de 2020]. [aprox 6 p] Disponible en: <https://www.unicef.org/es/coronavirus/precauciones-en-el-aula-durante-covid19>



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: Cumplimiento de las medidas de prevención de brotes de Covid 19 en las escuelas. Municipios de la Región Occidental. Cuba. 2021-2022

Autores: Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu¹ Instituto, Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba : cumbacary24853@gmail.com , uvsinhem2@infomed.sld.cu, Dra. Susana Balcindes Acosta²,INHEM, balcindes@inhem.sld.cu,Dr. Juan Aguilar Valdés³,INHEM. La Habana, Cuba, uvsinhem1@infomed.sld.cu, Dra. Laura Margarita Vargas Pérez. ⁴Centro de Trabajo ⁴ Hospital Clínico Quirúrgico “General Freyre de Andrade. La Habana.,Cuba.: lauramargaritavargasperez@gmail.com, lauravargas@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: En septiembre de 2021 estaba programado el comienzo del curso escolar de forma presencial en todas las enseñanzas del Sistema Nacional de Educación. para ello debían mantenerse las medidas establecidas para evitar la transmisión en las escuelas, por lo que este debían realizarse de forma segura y la garantía de la prevención de brotes de Covid-19 en las instituciones educativas , lo que constituyó un desafío.

Objetivo: Caracterizar el cumplimiento de medidas de prevención de brotes de Covid-19 en escuelas de municipios de la Región Occidental de Cuba en el período 2021-2022.**Método:** Se ejecutó un estudio de desarrollo entre septiembre 2021 y junio 2022 en dos etapas: Primera, se diseñaron una guía de evaluación del cumplimiento de las medidas de prevención y su instructivo para ser utilizado por los inspectores sanitarios estatales, ambos instrumentos se validaron por expertos mediante el método Delphi. Segunda etapa: se ensayaron los instrumentos en 14 escuelas primarias de 7 municipios : Bauta, Alquizar, Candelaria y San Cristóbal provincia Artemisa, Nueva Paz, provincia Mayabeque y Los Palacios provincia Pinar del Río.

Resultados: En algunas escuelas evaluadas se detectaron desconocimientos de los síntomas y signos de la Covid 19 a predominio del dolor o presión en el pecho, fueron detectadas deficiencias en la divulgación de los mismos. Detectados incumplimientos de algunas medidas de vigilancia, no obstante la búsqueda activa de síntomas y signos de Covid -19 en los educandos y en los trabajadores se realizó en todas las escuelas.

Conclusiones: Los Inspectores Sanitarios Estatales evaluaron el cumplimiento de las medidas de prevención de brotes de Covid-19 la vigilancia activa, los conocimientos , la divulgación de los signos y síntomas de Covid 19 en las escuelas de forma rápida y sencilla mediante la guía e instructivo elaborados. lo cual contribuyó a obtener un impacto positivo de estas medidas aplicadas al no ocurrir brotes en ninguna de las instituciones educativas estudiadas.

Palabras Clave: Prevención de Covid 19 en escuelas. vigilancia activa de Covid 19 en escuelas.



A partir de finales del año 2019 comenzó la pandemia de Covid 19 en el mundo y el 11 Marzo del 2020 se diagnosticaron los primeros tres casos de extranjeros en Cuba ⁽¹⁾ y hasta Agosto del 2021 se habían visto afectados un total de 92893 niños y adolescentes de uno a 18 años promediando en algunos meses más de mil diagnósticos por día, el mes de mayor promedio fue Agosto, a finales de septiembre comenzó a disminuir este promedio y el 30 de este mes, y el primero de Octubre se diagnosticaron menos de mil pacientes, e incluso el dos de Octubre de 2021 fueron solamente 771 y continuó descendiendo.

I INTRODUCCION

La vacunación de la población de dos a 18 años comenzó en el mes de septiembre 2021 como premisa para el comienzo del curso escolar de modalidad presencial a partir del 15 de Noviembre 2021 en todas las enseñanzas del Sistema Nacional de Educación, para entonces, todos los educandos mayores de dos años y los trabajadores de las escuelas, habrían recibido las tres dosis y algunos tendrían más de 15 días de la tercera, pero se plantea por los especialistas, que la vacuna fundamentalmente impide las formas graves y críticas de la Covid 19 y por tanto los fallecidos, pero no evita totalmente el contagio, por lo que aún después de vacunados completamente ⁽²⁾ deben mantenerse las medidas establecidas para evitar que se produzca transmisión de la Covid 19 en las escuelas. Es por ello que en el mes de agosto del 2021 el Grupo de Científicos en Epidemiología y Modelación creó un subgrupo temporal integrado por especialistas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y del Ministerio de Educación (MINED) con el objetivo de elaborar las medidas higiénicas epidemiológicas que garantizaran las condiciones adecuadas y que permitieran la prevención del contagio con la Covid 19 de los educandos y trabajadores en las escuelas. Este grupo temporal elaboró y aprobó un documento en el cual estaban incluidas las medidas propuestas por el Departamento de Salud Escolar del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) elaboradas a partir de las recomendaciones de la OMS, UNICEF y algunos países en los cuales ya están implementadas, para lograr el regreso a las aulas de los educandos y trabajadores, con el mínimo de riesgo de contagio con esta grave enfermedad ^(3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12, 13). Estas medidas puestas en prácticas en algunos países incluyen la capacitación del personal de las instituciones educativas, los educandos y sus familiares, en las acciones de prevención relacionadas con el ambiente, tanto físico como social y de autocuidado, así como de las de vigilancia. Las elaboradas en Cuba contienen medidas para elevar el nivel de conocimientos y la divulgación de los síntomas, los signos corresponden a las de



vigilancia y las que se denominaron de creación y mantenimiento de las condiciones higiénicas sanitarias, ambientales y de comportamiento de los educandos, familiares y trabajadores de la institución.

El objetivo de este trabajo fue elaborar los instrumentos para evaluar el cumplimiento e impacto de las medidas de prevención de brotes de Covid 19 en las escuelas después del inicio del curso escolar en la modalidad presencial.

II MÈTODO

Se ejecutó un estudio de desarrollo entre septiembre 2021 y junio 2022 en dos etapas

En la primera se diseñaron los instrumentos que consistieron en una guía de evaluación del cumplimiento e impacto de las medidas de prevención de brotes de Covid 19 en las escuelas y su instructivo .

Para la elaboración de la guía de evaluación y su instructivo se creó un grupo de expertos integrado por tres Especialistas de Segundo Grado en Higiene Escolar los cuales también tienen la categoría de Investigador y Profesor Auxiliar , un Especialista de Primer Grado de Higiene y Epidemiología y un Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral y Profesora Auxiliar. El documento elaborado por este grupo se sometió a la validación por criterio de expertos, para lo cual se seleccionaron dos especialistas de Higiene Escolar con más de 35 años de graduados y cuatro Licenciados en Tecnología de la Salud en Higiene y Epidemiología, todos los inspectores sanitarios estatales con más de 20 años de experiencia en la inspección de instituciones educativas y una Licenciada en Enfermería de más de 25 años de experiencia en el trabajo de la Salud Escolar. Para este trabajo se utilizó el método Delphi ^(14.) . A todos se les envió la guía por vía electrónica , la explicación de los objetivos de su trabajo de validación y la necesidad de que los criterios expresados en sus respuestas estuvieran basados en la experiencia de su trabajo práctico en la especialidad, se les pidió que revisaran los instrumentos y que enviaran sus consideraciones sobre cada uno de sus contenidos si estos eran pertinentes y factibles, si algunos debían ser modificados y cuáles serían estas modificaciones, o si sobraba o faltaba alguno, en cuyo caso se arreglaban y volvían a enviarse a los expertos. Se consideró validado el documento cuando todos estuvieron de acuerdo.

La guía evalúa el cumplimiento de 4 medidas generales, 5 de conocimientos y divulgación de los síntomas y signos de la Covid 19, 27 medidas de vigilancia y 70 medidas de creación y mantenimiento de condiciones higiénicas sanitarias, ambientales y de comportamiento de los educandos, familiares y trabajadores de la institución. En el instructivo se especifica que cuando se detecte un incumplimiento de la medida evaluada se debe capacitar al personal que incumplió y se le orienta la forma de cumplirla.

En la segunda etapa se ensayó la guía y el instructivo en 8 escuelas primarias del municipio 10 de Octubre de la provincia La Habana y en seis, una de cada municipios siguientes: Bauta, Alquizar, Candelaria y San Cristóbal pertenecientes a la provincia Artemisa, Nueva Paz, correspondiente a la provincia Mayabeque y Los Palacios a la provincia Pinar del Río.



La selección de los municipios se realizó de forma opinática en base a la factibilidad de realización por contar con médicos residentes de Higiene y Epidemiología en el INHEM trabajando en estos municipios y la selección de las escuelas fue realizada por ellos. La aplicación de las guías en las escuelas fue realizada por los mismos Inspectores Sanitarios Estatales (ISE) que las inspeccionan habitualmente, acompañados por el residente previamente capacitado en los contenidos de la guía de evaluación y del instructivo por los dirigentes del trabajo en un taller y fueron los encargados de capacitar al ISE y de chequear la calidad de la aplicación de la guía.

Las guías de cada escuela fueron enviadas al INHEM donde previa revisión de la calidad del llenado de la información se introdujo en una base de datos confeccionada al efecto en el paquete de programas Excel de Windows, se procedió a su procesamiento y los resultados se presentan en tablas estadísticas en forma de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje). Por la extensión que pueden tener los trabajos para este evento se decidió presentar solamente los resultados de la vigilancia centinela y del impacto de las medidas.

III RESULTADOS

En la interpretación de la Tabla 1 cuando aparece el resultado para los síntomas y signos que no cumplen, significa que estos no se conocen. En esta tabla se observa que el único síntoma desconocido por los maestros y trabajadores en la totalidad de las escuelas del municipio 10 de Octubre es el dolor o la presión en el pecho, lo que sucede solamente en la mitad de las escuelas evaluadas de los otros municipios, en las que el principal desconocimiento estuvo en el síntoma confusión, seguido del dolor abdominal, el sarpullido, las náuseas y los vómitos, así como la pérdida del apetito con el porcentaje más bajo. Con relación a las acciones de divulgación de los síntomas y signos de la Covid 19, en la totalidad de las escuelas de 10 de Octubre se cumplió con los estudiantes, y los trabajadores. En el caso de los familiares, con excepción de una escuela que no cumplió. Con relación a la divulgación en 10 de Octubre no tienen colocados carteles informativos con ellos en 6 de las 8, que representa el 75,0%, mientras que en las escuelas del resto de los municipios sucede en una sola escuela (16,7%). El resto de las medidas de divulgación se incumplen en una escuela de 10 de Octubre y algo similar sucede en las del resto de los municipios evaluados excepto en la divulgación entre los familiares de los signos y síntomas de Covid 19 y en la información a ellas y a los estudiantes de lo que deben hacer en caso que su hijo presente en la casa estos síntomas o por recibir este diagnóstico o ser contacto de persona sospechosa o diagnosticada con esta enfermedad, no deben ir a la escuela sino al médico que no se cumple en 2 escuelas. En todas las escuelas se le ha brindado información a los trabajadores de qué hacer en caso de encontrarse ellos en la situación antes planteada.



Tabla 1 Conocimientos y divulgación de los signos y síntomas de Covid en la escuela.

Conocimiento y medidas de divulgación de los signos y síntomas de la Covid 19	10 de Octubre Escuela (8)		Otros municipios escuelas (6)	
	No cumplen		No cumplen	
	Nº	%	Nº	%
Conocen los maestros y trabajadores los síntomas y signos de la Covid 19				
Fiebre	0	0,0	0	0,0
Tos	0	0,0	0	0,0
Cansancio.	0	0,0	0	0,0
Dificultad para respirar	0	0,0	0	0,0
Dolor o presión en el pecho	8	100	3	50,0
Pérdida del gusto o del olfato	0	0,0	0	0,0
Dolor de garganta	0	0,0	0	0,0
Congestión o goteo nasal,	0	0,0	0	0,0
Diarrea	0	0,0	0	0,0
Náuseas y vómitos	0	0,0	2	33,3
Dolor abdominal	0	0,0	3	50,0
Pérdida del apetito	0	0,0	1	16,7
Sarpullido	0	0,0	3	50,0
Dolor de cabeza	0	0,0	0	0,0
Dolores musculares	0	0,0	0	0,0
Confusión	0	0,0	4	66,7
Han sido divulgados los síntomas y signos a los educandos	0	0,0	2	33,3
Han sido divulgados los síntomas y signos a los trabajadores	1	12,5	1	16,7
Han sido divulgados entre los familiares	1	12,5	2	33,3
Hay colocado en la entrada de la institución un letrero o cartel con estas informaciones para que los padres y familiares los conozcan.	6	75,0	1	16,7
Se ha informado a los educandos y a las madres que de presentar el educando síntomas o signos de Covid 19 o por recibir este diagnóstico o ser contacto de persona sospechosa o diagnosticada con esta enfermedad, no deben ir a la escuela sino al médico	1	12,5	2	33,3
Se ha informado a los trabajadores que de presentar síntomas o signos de Covid 19 o por recibir este diagnóstico o ser contacto de persona sospechosa o diagnosticada con esta enfermedad, no deben ir a la escuela sino al médico, no deben ir a la escuela sino al médico	0	0,0	0	0,0

En la Tabla 2 se observa que en la totalidad de las escuelas evaluadas se realiza la búsqueda activa de síntomas y signos de Covid en los educandos, en la mayoría lo hacen antes de entrar a la escuela que es lo correcto, sin embargo, en 10 de Octubre solamente en la mitad de las escuelas se aprovecha cuando los niños pequeños son llevados por los padres para interrogarlos sobre la posible presentación de estos signos y



síntomas en sus hijos. Llama la atención que en una escuela de 10 de Octubre no se llama a las madres para que recojan al hijo que ha presentado síntomas o signos de Covid 19. Pero peor es que en el 47,5% y 33,3% de las escuelas de 10 de Octubre y en las evaluadas en el resto de los municipios respectivamente, si se detectan síntomas estando el educando dentro de la institución no se llama de inmediato a la madre del resto de los educandos para que los recojan. En la mitad de las escuelas del resto de los municipios no tienen habilitado un local para aislar a los educandos que han presentado síntomas o signos de Covid 19 mientras esperan ser recogidos por las madres. En las que si lo tienen se hace desinfección de este local cuando es recogido el educando. Solamente en una escuela de las 6 evaluadas en el resto de los municipios no está establecido el mecanismo para enterarse de la causa de la ausencia del educando inmediatamente y en dos no se informa al policlínico a que pertenece la institución educativa o al municipio la detección del educando con síntomas y/o signos sospechosos de Covid 19 por la búsqueda activa o el reporte de la causa de la ausencia, o por recibir este diagnóstico o ser contacto de persona sospechosa o diagnosticada con esta enfermedad, En una escuela de 10 de Octubre detectaron en las pesquisas realizadas educandos con síntomas y signos de Covid 19 y 3 tuvieron educandos con la enfermedad, mientras que lo primero se encontró en 2 de las evaluadas en el resto de los municipios y en las seis tuvieron educandos enfermos de Covid.

Tabla 2 Cumplimiento de las medidas de vigilancia activa en los educandos en las escuelas evaluadas

Medidas de vigilancia activa en los educandos	10 de Octubre escuelas (8)		Otras provincias escuelas (6)	
	No cumplen		No cumplen	
	Nº	%	Nº	%
Se realiza diariamente la búsqueda activa de estos síntomas y signos en educandos	0	0,0	0	0,0
Se realiza a la entrada a la escuela	2	25,0	2	33,3
Se realiza a la entrada a las aulas	1	12,5	4	66,7
Se realiza en el aula	0	0,0	0	0,0
En el caso de los educandos pequeños se aprovecha cuando el familiar deja al niño en la entrada para averiguar si tiene alguno de los síntomas o signos de la Covid 19	4	50,0	0	0,0
Si se detectan síntomas a la entrada en el educando se impide que entre a la institución	0	0,0	0	0,0
Si se detectan síntomas estando el educando dentro de la institución se llama de inmediato a la madre para que lo recoja	1	12,5	0	0,0



Se llama de inmediato a las madres del resto de los educandos del aula para que también los recojan	3	37,5	2	33,3
Tiene la institución un local para aislar a los educandos con síntomas y/o signos de Covid 19 mientras son recogidos	0	0	3	50,0
De existir el local se desinfecta después que es recogido el educando	0	0	3	50,0
Se le orienta a la madre o familiar del educando que lo va a recoger que lo lleve de inmediato a su médico de familia o al policlínico al que pertenece y que para reincorporarse a la institución debe hacerlo con un certificado médico que especifique que está apto para hacerlo	0	0,0	0	0,0
Está establecido en la institución el mecanismo para conocer en el día la causa de la ausencia del educando, en especial si es porque presenta síntomas, signos o ha sido diagnosticado con Covid 19 o por ser contacto de caso sospechoso o confirmado de la misma	0	0	1	16,7
Se comunica al policlínico a que pertenece la institución educativa o al municipio la detección del educando con síntomas y/o signos sospechosos de Covid 19 por la búsqueda activa o el reporte de la causa de la ausencia, o por recibir este diagnóstico o ser contacto de persona sospechosa o diagnosticada con esta enfermedad,	0	0	2	33,3
Se informa el nombre y la dirección del educando	0	0	2	33,3
Han tenido educandos con síntomas y/o signos de Covid 19 diagnosticados en el pesquisaje	1	12,5	3	50,0
Han tenido educandos con el diagnóstico de Covid 19	3	37,5	6	100

En la Tabla 3 se observa que en el municipio 10 de Octubre se incumple en una escuela el realizar la búsqueda activa de síntomas y signos en los maestros y en otra esta actividad en los trabajadores. Si se detecta en un maestro estos síntomas y signos se sigue se llama de inmediato al policlínico y se llama a las madres del aula para que los recojan, se incumple en 2 escuelas y en 1 de las evaluadas en los otros municipios, sin embargo en el 33,3% no se avisa al policlínico a que pertenece la escuela inmediatamente cuando la detección del trabajador con síntomas y/o signos sospechosos de Covid 19 por la búsqueda activa o el reporte de la causa de la ausencia o por recibir este diagnóstico o ser contacto de persona sospechosa o diagnosticada con esta enfermedad. En la cuarta parte de las escuelas de 10 de Octubre y en la mitad de las evaluadas en los otros municipios se detectaron trabajadores con signos y síntomas de Covid 19 en el pesquisaje y enfermos de Covid 19 entre los trabajadores hubo la mitad de las escuelas de 10 de Octubre y en la totalidad de las evaluadas en los otros municipios. No hubo brotes de Covid 19 en las escuelas evaluadas.



Tabla 3 Cumplimiento de las medidas de vigilancia activa en los trabajadores de las escuelas evaluadas

Medidas de vigilancia activa en los trabajadores de la escuela	10 de Octubre Escuela (8)		Otras provincias escuelas (6)	
	No cumplen		No cumplen	
	Nº	%	Nº	%
Se realiza la búsqueda activa de síntomas y signos de la Covid 19 en los educadores	1	12,5	0	0,0
Se realiza la búsqueda activa de síntomas y signos en el resto de los trabajadores	1	12,5	0	0,0
Si un trabajador en el pesquisaje presenta síntomas o signos de Covid 19 se le dice que abandone de inmediato la institución	0	0,0	0	0,0
Si es un maestro se sigue se llama de inmediato al policlínico y se llama a las madres del aula para que los recojan	2	25,0	1	16,7
En caso de ser un trabajador de la escuela se le orienta que acuda de inmediato a su médico de familia o al policlínico al que pertenece y que para reincorporarse al trabajo debe llevar un certificado médico que especifique que está apto para hacerlo	0	0,0	0	0,0
Se ha orientado a los trabajadores que no pueden asistir a la institución si tienen alguno de los síntomas y/o signos de Covid 19 y que deben asistir al médico	0	0,0	0	0,0
Está establecido en la institución el mecanismo para conocer en el día la causa de la ausencia del trabajador en especial si es porque presenta síntomas, signos o ha sido diagnosticado con Covid 19 o por ser contacto de caso sospechoso o confirmado de la misma	0	0,0	0	0,0
Se comunica al policlínico a que pertenece la institución educativa o al municipio la detección del trabajador con síntomas y/o signos sospechosos de Covid 19 por la búsqueda activa o el reporte de la causa de la ausencia por recibir este diagnóstico o ser contacto de persona sospechosa o diagnosticada con esta enfermedad,	0	0,0	2	33,3
Se informa el nombre y la dirección del trabajador	0	0,0	2	33,3
Han tenido trabajadores con síntomas o signos de Covid 19 diagnosticados en el pesquisaje	2	25,0	3	50,0
Han tenido trabajadores diagnosticados con Covid 19	4	50,0	6	100



PRINCIPALES RESULTADOS

1. En algunas escuelas evaluadas se detectaron desconocimientos de los síntomas y signos siguientes; dolor o presión en el pecho que fue el que se encontró en mayor cantidad de escuelas, así como náuseas, vómitos, dolor abdominal, sarpullido y confusión en algunas, además fueron detectadas deficiencias en la divulgación de los mismos, ambos aspectos esenciales para el buen funcionamiento de las medidas de vigilancia
2. Fueron detectados incumplimientos de algunas medidas de vigilancia, no obstante la búsqueda activa de síntomas y signos de Covid -19 en los educandos y en los trabajadores se realizó en todas las escuelas y se detectaron tanto en los primeros como en los segundos síntomas y signos de Covid-19, en la mitad de las escuelas evaluadas, a pesar de ello y que en la totalidad de ellas se diagnosticaron educandos y trabajadores enfermos de Covid -19 no se produjeron brotes en las instituciones

CONCLUSIONES

Los Inspectores Sanitarios Estatales evaluaron el cumplimiento de las medidas de prevención de brotes de Covid-19, la vigilancia activa, los conocimientos, la divulgación de los signos y síntomas de Covid 19 en las escuelas, de forma rápida y sencilla mediante la guía e instructivo elaborados. lo cual contribuyó a obtener un impacto positivo de estas medidas aplicadas al no ocurrir brotes en ninguna de las instituciones educativas estudiadas.

Es importante señalar que en Cuba no se produjeron brotes de Covid 19 en la totalidad de las escuelas del país,



Bibliografía

1. Venero Fernández SV, Más Gómez M, Cuéllar Luna L, de Armas Águila Y, Suárez Medina R, Pérez González DR1 y col. Características epidemiológicas de la COVID-19 en La Habana, epicentro de Cuba Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2021;58:e1025
2. Organización Panamericana de la Salud Preguntas frecuentes: Vacunas contra la COVID-19 .<https://www.paho.org/es>.
3. World Health Organization (WHO). Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19 [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [citado el 1 de agosto de 2020]. [aprox 27 p]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>
4. Fundación Cotec. COVID-19 y educación I: Problemas, respuestas y escenarios. [Internet]. Madrid: COTEC; 2020 [citado el 6 de mayo de 2020]. Disponible en: https://cotec.es/media/COTEC_COVID19_EDUCACION_problemas_respuestas_escenarios.pdf.
5. Regreso a la escuela durante la COVID-19, Información para educadores y profesionales de la salud escolar.[Internet] [citado el 6 de mayo de 2020]. [aprox 5 p] Disponible en: <https://www.childrensmercy.org/health-and-safety-resources/information-about-covid-19-novel-coronavirus/consejos-para-regresar-a-las-actividades-en-la-comunidad-de-manera-segura/>
6. World Health Organization. Schooling during COVID-19: Recommendations from the European Technical Advisory Group for schooling during COVID-19.. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; [Internet] 2021. [cited 2021 sept 29]. [aprox 24 p] Available from:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342075/WHO-EURO-2021-2151-41906-59077-eng.pdf>
7. Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias. Consideraciones de los CDC para el funcionamiento de las escuelas durante la pandemia del COVID-19. División de enfermedades virales. [Internet] Actualizado 29 Oct 2020 [citado mayo de 2021]. [aprox 24 p] Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/schools.html>
8. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. COVID-19 education response: Preparing the reopening of schools. [Internet]. París: UNESCO; 2020 [cited 29/9/2021]. [aprox 15 p]. Available from:<https://nus.org.ua/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-education-response-Preparing-the-reopening-of-schools-resource-paper.pdf>
9. UNICEF. Precauciones en el aula durante la COVID-19. Consejos para que los maestros se protejan a sí mismos y a sus alumnos. [Internet]. 16 Septiembre 2020 [citado el 6 de mayo de



2020]. [aprox 6 p] Disponible en: <https://www.unicef.org/es/coronavirus/precauciones-en-el-aula-durante-covid19>

10. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre las escuelas y la COVID-19 [Internet]. 18 de septiembre de 2020. [citado el mayo de 2021]. [aprox 7 p] Disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-schools-and-covid-19?gclid=EAIaIQobChMI28-e_vOb7QIVAo-GCh0L2g08EAAAYASAAEgLMdvD_BwE
11. Department of Health. Guía provisional para los programas de cuidado infantil y campamento de día durante la emergencia de Salud Pública por la Covid 19. New York State. [Internet]. 26 de junio de 2020 [citado el mayo de 2021]. [aprox 19 p] Disponible en: https://eelead.force.com/resource/1598028195000/EEC_InterimRegulations
12. UNICEF. Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19: Annex to the Advice on the use of masks in the context of COVID-19. [Internet]. WHO; 2020. [cited 29/9/2021] [aprox 10 p]. Available from: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Advice%20on%20the%20use%20of%20masks%20for%20children%20in%20the%20community%20in%20the%20context%20of%20COVID-19.pdf>
13. World Health Organization. Mask use in the context of COVID-19 Interim guidance. [Internet]. WHO; 2020. [cited 29/9/2021] [aprox 12 p]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337199/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación. Para las ciencias de la salud. [Internet] La Habana. Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. p. 26-237 [Citado: 12-5-2011] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/metodologia_dela_investigacion_leticia/indice_p.htm



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O CARTEL

TÍTULO: Formación de agentes educativos en el contexto escolar – diagnóstico de situación

Autor/es: Mariana Marqués¹; Débora Guerreiro¹; Ana Bicho²; Jorge Almeida³; Patrícia Ribeiro³ y Sandra Xavier^{1,4}.

Centro de Trabajo: ¹ Escuela de Enfermería de Lisboa; ² Unidad de Salud Pública António Luz; ³ Unidad de Atención en la Comunidad Amadora Mais; ⁴ Centro de Investigación, Innovación y Desarrollo en Enfermería de Lisboa.

Correo para todos los autores: mmarques2@campus.esel.pt; deboraguerreiro@campus.esel.pt; ana.bicho@ulsasi.min-saude.pt; jorge.almeida@ulsasi.min-saude.pt; patricia.i.ribeiro@ulsasi.min-saude.pt; sandraxavier@esel.pt.

Resumen:

Introducción

La escuela inclusiva aborda el papel relevante que desempeña la institución educativa en la lucha contra las desigualdades a mediante de cambios organizativos y una respuesta eficaz a las diversas necesidades de sus estudiantes, garantizando una educación de calidad para todos. Considera que independientemente de las dificultades y diferencias que presenten los niños y adolescentes, todos los estudiantes deben aprender juntos.

Objetivos

Comprender la experiencia de los agentes educativos en la atención a niños con necesidades especiales de salud en el entorno escolar e identificar las necesidades sentidas por docentes y no docentes al atender a niños y adolescentes con necesidades especiales de salud en el entorno escolar.

Metodología

Estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo. Los datos se recogieron a través de una entrevista *de grupo focal* utilizando una guía de entrevista semiestructurada, elaborada para este fin de acuerdo con la literatura consultada y previamente aprobada por un grupo de expertos. La muestra es por conveniencia, compuesta por ocho coordinadores de equipos multidisciplinarios que apoyan la educación inclusiva en grupos de escuelas de un municipio ubicado en el área de Lisboa – Portugal. El análisis de contenido se realizó según el marco de Bardin. El estudio recibió una opinión favorable del comité de ética para la salud.

Resultados

Del análisis de los resultados se identificaron las siguientes necesidades de docentes y no docentes: falta de recursos humanos, ausencia de un equipo multidisciplinario, falta de recursos materiales adecuados a las necesidades especiales de salud, falta de conocimientos, comunicación con la familia, trabajo y cuestiones de responsabilidad, respuesta de inclusión no efectiva e inestabilidad en la escuela. Por otro lado, destacaron como puntos positivos la comunicación con el personal docente y no docente, la implementación de un protocolo de administración de medicación, la ausencia de barreras arquitectónicas y los aspectos interdisciplinarios. Se identificaron las siguientes sugerencias/estrategias para



superar las limitaciones: formación del personal docente y no docente, recursos humanos, tiempo y articulación, equipos multidisciplinares más completos y creación de visibilidad.

Conclusión

Las necesidades especiales de salud de niños y adolescentes en contextos escolares son un proceso complejo y multifactorial. Los coordinadores de los equipos multidisciplinares que apoyan la educación inclusiva son conscientes de las necesidades sentidas por el personal docente y no docente de sus escuelas y están motivados para superar las limitaciones destacadas y adherirse a las futuras intervenciones de enfermería planificadas.

Palabras clave

Promoción de la salud escolar; Enfermería; Formación profesional; Estudiantes; Investigación cualitativa

Introducción

La evaluación del estado de salud de una comunidad, a partir de la metodología de planificación en salud, es una de las cuatro competencias centrales del enfermero especialista en Enfermería Comunitaria en el área de Enfermería en Salud Comunitaria y Salud Pública, que permite tomar una decisión en salud que potencie la movilización y optimización del estado de salud de una comunidad ^{10,13}.

La planificación en salud, según Imperatori & Giraldes (1993), empieza con la etapa de diagnóstico de la situación, etapa que soporta el proceso de planificación y sirve de base para la toma de decisiones ¹⁵. Es relevante, en esta etapa, contar con un instrumento de recolección de datos empíricos y un contexto de intervención con la comunidad involucrada, específicamente en la identificación de las necesidades sentidas por la comunidad y su empoderamiento para responder a esas mismas necesidades, para, en consecuencia, obtener una respuesta efectiva de la comunidad a las intervenciones planificadas ^{10,11}. La evidencia científica en la promoción de la salud escolar contribuye al desarrollo de habilidades socioeconómicas para la salud, basadas en la responsabilidad, la autonomía y el respeto. Así, la participación de la comunidad educativa en los procesos de toma de decisiones y gestión en salud es fundamental ⁵.

El actual Programa Nacional de Salud Escolar en Portugal aboga por la construcción de escuelas promotoras de la salud y las principales actividades están dirigidas a la formación de agentes educativos, la mejora de un entorno escolar seguro y saludable y la inclusión de estudiantes con necesidades especiales de salud (NSE). El documento está alineado con los principios de educación inclusiva y equidad, contribuyendo a reducir las desigualdades y garantizando que todos los estudiantes tengan acceso al apoyo necesario para alcanzar su máximo potencial de aprendizaje y desarrollo ⁵. Este principio también está recogido en el Plan Nacional de Salud 2021-2030 ⁶.

La escuela inclusiva aboga “que todos los alumnos aprendan juntos, independientemente de sus dificultades o diferencias”. Y la escuela tiene el rol de “responder a las diversas necesidades de sus estudiantes, asegurando una educación de calidad para todos, a través de (...) cambios organizacionales” (p.7) ⁴.

Las principales barreras incluyen la falta de elementos informados y calificados, con conocimiento escaso o limitado y conceptos erróneos sobre la ENE ¹⁶. Amillategui, Calle, Alvarex, Cardiel, & Barrio (2007) concluyeron en su estudio que el 34% de los padres de los estudiantes admitieron que los profesores no fueron capaces de reconocer los síntomas de un episodio leve de hipoglucemia y el 17% después de informar a la institución educativa del médico diagnóstico de diabetes *mellitus tipo I* a sus alumnos, las escuelas incitaron conflictos.



Los datos disponibles demuestran la prioridad en el aumento de las intervenciones de enfermería dirigidas al personal docente y no docente en EEN, es decir, la implementación de sesiones de educación en salud para dotarlos de conocimientos y confianza en el cuidado y, en consecuencia, mejorar la situación escolar de los niños y niñas, adolescentes y construir un entorno inclusivo para que puedan participar plenamente y de forma segura en todas las actividades escolares ¹⁶.

Las enfermeras desarrollan acciones en la comunidad escolar que las preparan para una toma de decisiones con más confianza y poder. La formación se caracteriza por trabajar en colaboración con la comunidad educativa para obtener su empoderamiento en salud, brindándoles acceso a la información en salud y aumentando sus habilidades para definir, evaluar, analizar y actuar sobre las necesidades de salud con el fin de promover y proteger su salud ¹⁴.

En vista de lo anterior, se formularon las siguientes preguntas de investigación: “¿Cuál es la experiencia de los agentes educativos en la atención a estudiantes con NSE, en un contexto escolar?” y “¿Qué necesidades sienten docentes y personal no docente al atender a niños y adolescentes con NSE, en el contexto escolar?”.

Objetivos

Comprender la experiencia de los agentes educativos en la atención a niños con NEE, en un contexto escolar, e identificar las necesidades que sienten docentes y no docentes al atender a niños, niñas y adolescentes con NEE, en un contexto escolar.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se utilizó muestreo por conveniencia. Cabe destacar la falta de relación entre los autores y los participantes involucrados. El estudio involucró a participantes de grupos escolares de un municipio ubicado en un municipio de la zona de Lisboa - Portugal, es decir, los respectivos coordinadores de los equipos multidisciplinares de apoyo a la educación inclusiva (EMAEI) de los grupos escolares. Este es el único criterio de inclusión de la muestra. Al inicio del estudio, doce coordinadores de la EMAEI eran elegibles para participar en el estudio, sin embargo dos no se unieron al estudio y otros dos no pudieron asistir al día de recolección de datos. De esta manera, la muestra está compuesta por ocho coordinadores de EMAEI de ocho grupos de escuelas, codificados de forma anónima como EMAEI 1, EMAEI 2, EMAEI 3, EMAEI 4, EMAEI 5, EMAEI 6, EMAEI 7, EMAEI 8, con el fin de proteger la identidad de los coordinadores de la EMAEI, según la ley n.º 58/2019, de 8 de agosto ³. En el método de recolección de datos se consideraron principios éticos e integridad científica y el estudio fue aprobado por el comité de ética en salud de la Unidad Local de Salud donde se implementó el estudio (Dictamen nº078/2024).

El instrumento de recolección de datos fue la entrevista de grupo focal semiestructurada. El autor principal moderó el *grupo focal*, utilizando un guión con preguntas abiertas, elaborado para tal fin de acuerdo con la literatura consultada, que fue previamente aprobado por un grupo de expertos.

El *grupo focal* tuvo lugar en octubre de 2024 y duró 60 minutos, en los que la discusión culminó con la saturación de datos. La entrevista *del grupo focal* fue grabada en audio en la plataforma informática ZOOM, donde se aplicó el método de recolección de datos, para mayor confiabilidad y facilidad en la transcripción.

La transcripción completa de la entrevista *del grupo focal* se realizó mediante el programa informático *Turboscribe* y posteriormente se validó con el audio, para aclaraciones y/o correcciones. El análisis de contenido se realizó según el



marco de Bardin. El autor defiende el análisis de contenido dividido en tres fases: preanálisis, exploración del material, tratamiento de resultados, inferencia e interpretación. Así, en una primera etapa, los documentos fueron recolectados y sometidos a un análisis completo para organizar y sistematizar ideas ².

Inicialmente se realizó una lectura superficial para obtener una percepción de la totalidad de los contenidos y percibir patrones y tendencias que guiarían la investigación. Posteriormente, se importó el material para auxiliar el proceso de análisis de contenido, el *software* informático NVivo, y se completó la segunda etapa: exploración del material. A través de análisis lexicográficos y textuales de similitud, se identificaron y filtraron frases e ideas coexistentes a lo largo de la entrevista de grupo focal, aplicando los criterios de inclusión de las palabras más frecuentemente preferidas, exhaustividad, exclusividad, objetividad y relevancia. Después de la codificación, primero se categorizaron las subcategorías y, en consecuencia, se agruparon en categorías que ayudaron a la percepción del contenido del texto analizado ².

Resultados

El total de participantes son ocho coordinadores de la EMAEI, de los cuales el 25% son hombres y el 75% mujeres. En cuanto al tiempo de ejercicio profesional como coordinadores de la EMAEI, el 25% lleva menos de un año en el cargo, el 12,50% entre un año y tres años, así como de tres a seis años y el 50% de la muestra ha sido coordinando la EMAEI para su grupo de escuelas desde hace más de seis años.

La Figura 1 describe las categorías y subcategorías identificadas y emergentes después de analizar las unidades de significado en el discurso de los participantes.

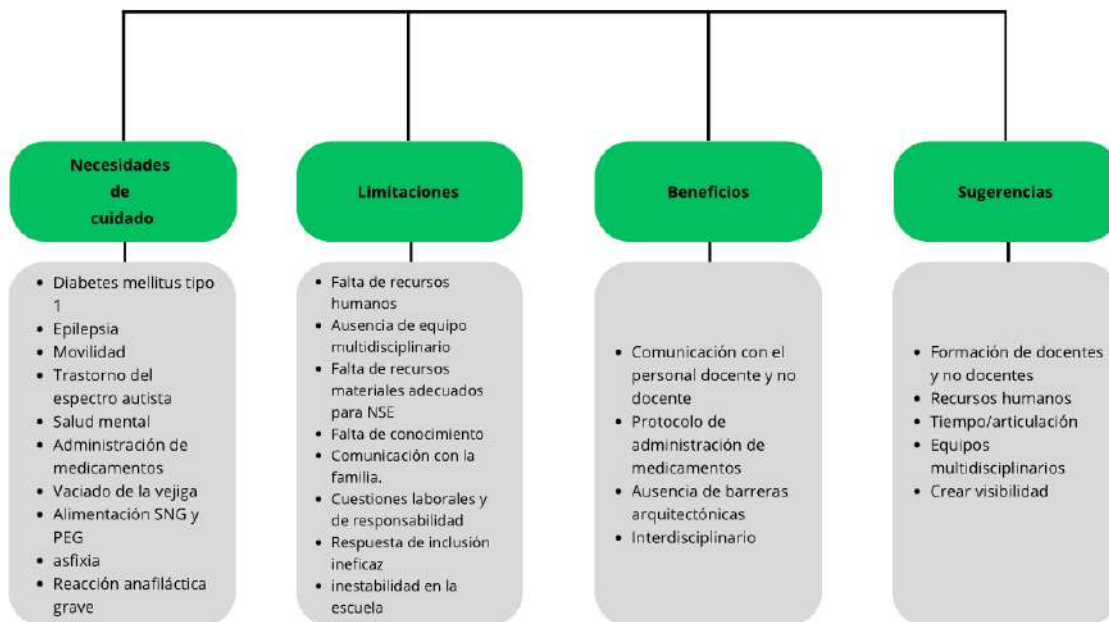


Figura 1 – Categorías y subcategorías identificadas en la entrevista *del grupo focal*

Así, según la representatividad del contenido, fueron nombradas veintisiete subcategorías, agrupadas en cuatro categorías: necesidades de cuidado, limitaciones, beneficios y sugerencias. La categoría “Necesidades de cuidado” comprende la enumeración de situaciones en las que docentes y personal no docente de grupos de escuelas de Amadora expresan mayor



dificultad para atender a niños y adolescentes con NSE. Esta categoría incluye diez subcategorías, a saber, diabetes *mellitus* tipo 1, epilepsia, movilidad, trastorno del espectro autista, salud mental, administración de medicamentos, vaciado de la vejiga, alimentación por sonda nasogástrica (NGT) o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), asfixia y reacción anafiláctica grave.

En cuanto a las limitaciones en la gestión de la atención a niños/adolescentes con NSE por parte de los agentes educativos en el contexto escolar, se destacaron ocho subcategorías, como falta de recursos humanos, ausencia de un equipo multidisciplinario, falta de recursos materiales adecuados para el NSE, falta de conocimientos para intervenir en algunas situaciones y que provoca malestar entre docentes y no docentes, ausencia o comunicación ineficaz con la familia, cuestiones laborales y de responsabilidad por acciones realizadas en el contexto escolar por profesionales no capacitados para tales tareas, una respuesta ineficaz a la inclusión en algunas situaciones NSE de niños y adolescentes en el contexto escolar y la inestabilidad en la escuela, tanto para los estudiantes como para quienes la gestionan.

A su vez, los coordinadores de la EMAEI también mencionaron aspectos beneficiosos en la gestión de la atención a niños/adolescentes con NSE, subcategorizados en cuatro grupos. Se destacaron como positivos la comunicación con el personal docente y no docente, el protocolo de administración de medicamentos establecido en algunas escuelas, la ausencia de barreras arquitectónicas y la presencia de relaciones interdisciplinarias con algunas asociaciones comunitarias y el equipo de salud escolar.

La última categoría alude a las sugerencias que los coordinadores de la EMAEI trasladaron al equipo de salud y distingue cinco subcategorías: regularizar la formación de docentes y no docentes, incrementar recursos humanos con más habilidades, mejor gestión del tiempo y coordinación de la atención, invertir en equipos multidisciplinarios, no sólo integrado por docentes y psicólogos como actualmente, y visibilizar la inclusión de estos niños y adolescentes con NSE en un contexto escolar.

Discusión:

Las subcategorías más mencionadas referentes a la categoría de necesidades de atención son diabetes *mellitus tipo 1*, mencionada por seis coordinadores de la EMAEI, y administración de medicamentos, mencionada por cinco coordinadores de la EMAEI. “Los casos que más reportamos son casos (...) de diabetes” (EMAEI 1, 2024) y “en términos de necesidad, realmente es diabetes tipo 1” (EMAEI 2, 2024). Esta situación es actual y también previa a los restantes cursos académicos, tal y como expresa la EMAEI 6 “Los casos que también destacamos el año pasado fueron también diabetes tipo 1”.

EMAEI 7 relata que “este año me he enfrentado a la situación de darle medicamentos a los estudiantes” entendida como una situación “bastante compleja” (EMAEI 7, 2024), ya que “tenemos a los niños detrás, porque extrañan, se sienten”. esa necesidad y, por tanto, es realmente una preocupación”, tal y como explica EMAEI 6 (2024). Sin embargo, “reconocemos que muchas veces es necesaria la medicación, particularmente en los casos que involucran (...) la postura de los estudiantes en clase” (EMAEI 1, 2024), “tenemos muchos casos de hiperactividad, muchos casos en los que la risperidona se utiliza debe administrarse a la hora del almuerzo” (EMAEI 8, 2024) para mantener el buen funcionamiento de las clases durante la tarde.



“Además de estas situaciones de medicación, tenemos estudiantes que necesitan vaciar la vejiga y tenemos estudiantes alimentados por sonda” (EMAEI 3, 2024). La asfixia también fue mencionada por dos coordinadores de la EMAEI, y uno de ellos explicó que “algunos casos han sido difíciles y los asistentes operativos han mostrado grandes dificultades” (EMAEI 5, 2024). A uno de los grupos de escuelas de Amadora, representado por EMAEI 2 (2024), asiste “un estudiante con una reacción anafiláctica grave”.

También se mencionaron problemas de salud mental, concretamente el trastorno del espectro autista: “El problema de comportamiento (...) enfermedades psiquiátricas graves (...) y también hemos visto cada vez más estudiantes con un diagnóstico de trastorno del espectro autista” (EMAEI 5, 2024).

Por último, la tercera condición de salud más mencionada en la entrevista del grupo focal y que va en aumento se refiere a la epilepsia: “En el tema de la epilepsia, cada vez tenemos más casos, al menos que yo sepa, varios casos, hay algunos que tenemos que administrar medicamentos. (...) Está el tema de que el medicamento se administre por vía rectal, SOS” (EMAEI 6, 2024).

A través del análisis, se identificaron ocho subcategorías relacionadas con la categoría de restricciones. Ante situaciones de necesidades de atención a niños y adolescentes con NSE, la coordinadora de la EMAEI 6 (2024) dice que “es un gran desafío también, tanto para los docentes como para los auxiliares operativos”. En estos grupos de escuelas hay una “situación un poco difícil de gestionar, particularmente por parte del educador y del asistente que están en la sala” (EMAEI 1, 2024).

En cuanto a barreras, una de las más recomendadas es el tema del empleo y la responsabilidad. En este sentido, tres coordinadores de la EMAEI consideraron “es problemático encontrar a la persona indicada para darle el medicamento, es problemático si el medicamento falla y pasa algo, porque no siempre es fácil que los chicos tomen el medicamento” (EMAEI 7, 2024). Otra preocupación en esta subcategoría es “quién es el responsable de hacerlo, cómo hacerlo, si algo no sale bien, cómo podemos hacerlo de la mejor manera, pero también sin correr riesgos, ni para el estudiante, ni para el estudiante”. riesgo para la persona que incluso estás haciendo este trabajo por el bien del alumno, y si después pasa algo acabas siendo responsable de algo que no sale bien” (EMAEI 3, 2024).

La “falta de recursos, que las personas sienten y luego terminan denunciando estas situaciones” (EMAEI 1, 2024), están condicionadas por la falta de recursos materiales y humanos para brindar a estos niños y adolescentes con un entorno seguro, tranquilo de aprendizaje y equidad, lo que en muchas situaciones es difícil de lograr porque “se trata de la seguridad y la salud de estos niños. Pueden estar en la escuela, pero debe haber recursos humanos y más” (EMAEI 4, 2024). Las acciones que permiten brindar un entorno de apoyo para promover la salud y el bienestar de niños y jóvenes en las escuelas, y en consecuencia obtener ganancias en salud y educación, están guiadas por la plataforma europea en línea Escuelas para la Salud en Europa, de la Organización Mundial Salud ¹⁷.

Este tema llevó la discusión a lo largo de la entrevista *del grupo focal* al tema de la inclusión que preocupa a muchos coordinadores de la EMAEI, refiriéndose a “hasta qué punto estamos dando la mejor respuesta a estos niños” y otro colega se hace eco de sus reflexiones “que muchas veces pregunto si esto es la respuesta adecuada para estos niños” (EMAEI 4, 2024). Cuestionar si todas las respuestas que el contexto escolar tiene para ofrecer a los niños con NSE, referidas a grandes



grados de discapacidad física e intelectual, son “inclusión, si es que hay alguna respuesta educativa” que lograr (EMA EI 1, 2024).

Además, los coordinadores de la EMAEI relatan que docentes y no docentes de sus grupos escolares expresan sentimientos de desconocimiento para intervenir en la gestión de la atención a niños/adolescentes con NEE, afirmando que “allí nos enfrentamos a situaciones muy complicadas (...) situaciones tan graves que (...) no tenemos herramientas (...) no estamos capacitados para gestionar determinadas situaciones” (EMA EI 8, 2024) y “Siempre nos falta capacitación y muchas veces estas cosas se repiten en el de la misma manera. (...) Llevo varios años aquí en el grupo y he visto acciones sobre diabetes, epilepsia y también en relación a los traslados, pero luego lo que pasa es que también hay una movilidad de docentes” (EMA EI 3, 2024), así como “No podemos lidiar y tenemos dificultades para lidiar con alguien que está en el aula, que de repente se vuelve loco, que tira mesas y sillas y que arrastra todo a su alrededor, y esto es muy difícil de gestionar. (EMA EI 1, 2024). Reflejan que “hacemos todo por nuestros alumnos, queremos dar las mejores respuestas, pero llega un momento en que (...) ya lo hemos hecho todo” (EMA EI 8, 2024).

Por otro lado, la falta de un equipo multidisciplinario conformado por enfermeras, médicos y trabajadores sociales que apoyen a los docentes y psicólogos que actualmente integran el equipo también es una barrera identificada en una mejor gestión de la atención a los estudiantes que expresan NSE. “Los docentes, los psicopedagogos, ni los auxiliares operativos son médicos o enfermeros. Casi era necesario que hubiera un equipo de salud escolar. Sin una enfermera de salud escolar permanentemente en la escuela (...) actualmente no hay capacidad de respuesta” (EMA EI 6, 2024).

Otra de las limitaciones identificadas fue la ausencia o distancia de comunicación entre la escuela y la familia, especialmente en el manejo de patologías crónicas. Algunos reportan que los tutores no informan al colegio sobre el estado de salud de sus alumnos al momento de la inscripción, y cuando sí les informan posteriormente, no asumen la obligación de informar a los docentes y no docentes del colegio de las particularidades del Plan terapéutico establecido por el equipo médico. Como el ejemplo de esta maestra de primaria, “que un día fue a entregar al niño, y no le dijo nada a nadie, y al día siguiente entregó el botiquín, porque tenía epilepsia (...) y sin decir nada.” o “algunos padres también, casi un mes después de iniciadas las clases, informan a la escuela sobre los problemas de sus hijos (...) aunque sean situaciones graves” (EMA EI 2, 2024). Y la EMAEI 4 (2024) relató una situación similar “de una madre que trae todos los medicamentos para el niño, que tiene diabetes tipo 1, pero no nos avisó, no sabíamos nada (...) Las madres traen Nos dan la medicación, una libreta con las facturas y esperan que ya sepamos cómo hacerlo”. EMAEI 7 (2024) también coincide con sus colegas y afirma que “no sabemos lo que es el seguimiento en casa, y muchas veces los padres nos dejan la medicación hasta que está caducada, o dicen que se tienen que tomar la medicación, pero la los medicamentos ni siquiera aparecen en las escuelas”.

Algunas situaciones de necesidades de cuidado enumeradas contribuyen a la subcategoría de inestabilidad en la escuela. Como afirma uno de los coordinadores de la EMAEI, ante las múltiples situaciones de salud de los estudiantes, “en términos de estimulación, algunos quizás necesitan más estimulación, otros necesitan menos” (EMA EI 6, 2024) o como relata otro participante, que afirma, que “también perjudican los resultados escolares y el aprendizaje de otros estudiantes y que provocan un gran clima de inestabilidad en las escuelas y un gran estrés para quienes dirigen las escuelas” (EMA EI



7, 2024). Esto vas de acuerdo con la Dirección General de Salud (2022), que afirma que la presencia de una enfermedad prolongada tiene un impacto en la calidad de vida de los estudiantes, particularmente en términos de asistencia, participación en la escuela y necesidad de utilizar equipos especiales.

Los participantes destacaron las fortalezas de la gestión de la atención a niños/adolescentes con NEE como la comunicación con profesores y personal no docente, el protocolo de administración de medicamentos, la ausencia de barreras arquitectónicas y el enfoque interdisciplinario.

A pesar de haber reconocido la administración de medicamentos como una de las principales limitaciones, algunos coordinadores sostienen que la implementación de un protocolo de administración de medicamentos la hizo inmensamente más fácil y evitó la aparición de algunos errores. Una de las medidas es que “el estudiante acude a un empleado que es más o menos responsable de esta situación” (EMAEI 1, 2024) y “el mismo asistente operativo facilita, porque ya hemos tenido algunos casos que luego pasan a otro empleado”. . Aquellos estudiantes que quieran tomar su medicación varias veces porque se sienten más tranquilos” (EMAEI 6, 2024). Como agrega EMAEI 1 (2024), “Hemos exigido a la familia que ahora se comprometa con el tema de traer el medicamento, llevar el medicamento a la escuela y tener (...) la receta, y al mismo tiempo tenemos un Declaración de consentimiento del tutor indicando que consiente en administremos este medicamento”. También reconocen que esta característica les permitió “salvaguardarnos de alguna manera” (EMAEI, 2024).

Sin embargo, la literatura, en línea con las acciones de prevención primaria, expone la necesidad de que los empleados escolares tengan conocimientos para administrar la terapia disponible en situaciones de manejo de crisis convulsivas, control de diabetes *mellitus*, en un episodio de reacción anafiláctica o de asma. Junto con habilidades de primeros auxilios¹⁰.

A este punto también se suma la comunicación con docentes y no docentes, afirmando que “este proceso de comunicación realmente hay que hacerlo” (EMAEI 5, 2024).

Otro aspecto abordado y favorable es la relación interdisciplinaria con el equipo de salud escolar, manifestando que se encuentran muy satisfechos con el trabajo realizado por las enfermeras que lo constituyen, demostrando una relación de confianza y cercanía, según lo expresado en EMAEI 4 (2024)” y es con la ayuda de la enfermera que podemos afrontar la situación, porque casos así aparecen con frecuencia” y “Creo que también debemos elogiar el papel del equipo escolar inclusivo en las escuelas (...) siempre es una gran ayuda, porque cuando tenemos alguna duda podemos llamar (...) siempre logran llegar a los casos más importantes”. Y con el resto de instituciones que brindan atención a la comunidad: “si pedimos, el equipo de salud está disponible para eso, y también está esa institución de diabetes a la que también podemos acudir (...) A veces pensamos que también pedimos poco” (EMAEI 1, 2024). En este sentido, los enfermeros aplican estrategias de intervención en la comunidad, con la comunidad y para la comunidad, utilizando entidades asociadas o incentivándolas a participar en el empoderamiento de la comunidad para promover la salud y adquirir beneficios en salud¹².

La revisión de la literatura realizada anteriormente indica que las intervenciones de enfermería en la formación de agentes educativos en el cuidado de niños con NSE revelan resultados positivos en el aumento del conocimiento sobre las



necesidades atendidas, en la confianza en el cuidado y en la calidad de vida de los niños. Por lo tanto, lo que los coordinadores sugirieron al equipo de salud también fue discutido en la entrevista *del grupo focal*^{9,16 and 18}.

En cuanto a la discusión sobre sugerencias para mejorar la gestión de la atención a niños/adolescentes con NSE, existe unanimidad entre los coordinadores en que es necesario regularizar las capacitaciones para docentes y no docentes, ya que existe una gran movilidad de docentes entre las escuelas, así como planteado en EMAEI 3, 1 y 5 (2024): “Sí, porque termina siendo necesario hacer las cosas siempre, (...) los profesores han cambiado, los asistentes operativos han cambiado y ahora hay que volver ¡Para hacerlo tiene que ser recurrente!”, “Sí, la formación es muy importante” y “Sí, creo que sería ventajoso”, respectivamente. Además, la retroalimentación de las sesiones de capacitación anteriores es positiva, como se afirma en EMAEI 5 (2024), “dos sesiones de capacitación para profesores y asistentes operativos, y creo que fue bastante bien” y como coincide EMAEI 6 (2024), “también hubo una sesión con docentes y asistentes operativos, el año pasado por parte de la enfermera, y también creo que fue muy bien, creo que fue muy esclarecedor, incluso los asistentes operativos estuvieron muy agradecidos, creo que estuvo muy bien y fue bueno seguir , porque siempre hay nuevos docentes de educación especial, docentes y asistentes operativos”. Otros comentarios afirman que “el entrenamiento que tuvimos el año pasado fue fundamental. (...) Estamos hablando de diabetes, los profesores estaban muy ansiosos, los asistentes operativos estaban muy ansiosos, y eso fue fundamental para dar algo de confianza aquí, al menos para tener algo de luz” (EMAEI 8, 2024) y una sugerencia para un tema futuro a abordar, “tenemos más capacitación en relación a técnicas de contención, cuando están en momentos de crisis” (EMAEI 3, 2024).

Las intervenciones de enfermería fueron valoradas en todos los estudios analizados, con contribuciones relevantes para los empleados de las instituciones educativas y, en consecuencia, para los niños con NSE. Las intervenciones, que garantizan mayores ganancias en salud, con el objetivo de capacitar a docentes y personal no docente para la atención de niños y jóvenes con NSE, abordan la prevención de complicaciones por patologías, la identificación breve y efectiva de signos y síntomas y la preparación para una respuesta rápida y eficaz ante emergencias que se presenten en el contexto escolar^{9,16 y 18}.

Otra de las intervenciones presentadas es la creación de un plan de acción de emergencia que el personal escolar utiliza en estas situaciones, con el objetivo de que cada agente educativo sepa identificar su rol y organizarse ante emergencias⁹. Schulz & Pansier (2015), concluyeron un aumento significativo de conocimientos y habilidades sobre patologías, adquiridos a través de acciones de educación en salud enfocadas a docentes y no docentes. Además de estos resultados, los autores Taha et al. (2018), encontraron al final de las intervenciones, un aumento de la confianza en la comprensión, en la capacidad de cuidar, en el uso del glucómetro y en el tratamiento de la hipoglucemia, por parte de los agentes educativos. Las enfermeras desempeñan un papel activo en la formación del personal escolar y en la mejora de la calidad de vida de los niños y jóvenes en el contexto escolar⁹.

Algunos coordinadores mencionan que en los casos de salud mental era importante crear un equipo que pudieran manejar situaciones de conducta desencadenadas por algunas condiciones de salud mental, “las escuelas ya deberían estar cargadas de equipos, cada escuela con equipos asignados a este tipo de trabajo (...) hay alguien que tiene mayor preparación (...) como psiquiatras infantiles, psiquiatras, psicólogos, un equipo listo para intervenir en este tipo de situaciones” (EMAEI



7, 2024). Esta afirmación sugiere tres subdivisiones, ya sea la contratación de más recursos humanos o equipos multidisciplinares más completos y una mayor gestión del tiempo y coordinación de diversos recursos.

Crear visibilidad para la inclusión y la responsabilidad profesional fue otra de las propuestas identificadas. En este nivel, los participantes mencionaron que era importante repensar las condiciones de inclusión que se ofrecen a niños y adolescentes con NSE. Estos estudiantes necesitan una respuesta adecuada a su NSE. De ahí la importancia de que la enfermería forme a docentes y no docentes en el cuidado de estos jóvenes, brindando a la comunidad escolar acciones que promuevan y protejan la salud de todos, la capacidad de cuidar de sí mismos y de los demás, y prevenir enfermedades y discapacidades^{5 y 8}. Las acciones de promoción de la salud prevén una escuela inclusiva, en la que los estudiantes con NSE puedan realizar las mismas actividades o actividades adaptadas a sus condiciones de salud. En esa línea, identificaron la oportunidad de que “esto hay que repensarlo, la inclusión, pero con condiciones para todos” (EMAEI 6, 2024) e identificaron en la discusión la necesidad de reforzar la responsabilidad, porque afirman que “no es el mala voluntad de la escuela” (EMAEI 1, 2024), sin embargo, “esto involucra cuestiones de competencia y cuestiones laborales que es necesario abordar y es necesario tener cuidadoso. Si todo va bien, todo va bien. Pero si hay mala suerte y sale mal, a quién le pedirás responsabilidad? La persona está sola” (EMAEI 1, 2024).

Conclusión:

El NSE en niños y adolescentes, en el contexto escolar, es un proceso complejo y condicionado por una multiplicidad de factores. El uso de esta metodología, basada en las perspectivas de sus actores, permitió incrementar el nivel de participación de los coordinadores de la comunidad, generando una discusión sobre la gestión de la atención a niños y adolescentes con NSE en el contexto escolar y generando varios sugerencias a implementar en el futuro.

Los resultados de este estudio contribuyen a la comprensión de las necesidades de cuidado de los estudiantes con NEE, en el contexto escolar, por parte de docentes y no docentes, y en consecuencia, a una reflexión sobre las intervenciones de enfermería en la formación de agentes educativos en el cuidado de niños con NSE en el contexto escolar. Un análisis integrado de la información obtenida permitió verificar que las necesidades de atención más mencionadas concuerdan con la literatura publicada previamente, así como una de las mayores limitantes destacadas, el desconocimiento. Como sugiere la literatura, las sesiones de educación para la salud dirigidas a públicos objetivo docentes y no docentes en un contexto escolar presentan beneficios al aumentar significativamente el conocimiento y la confianza de los agentes educativos en la atención a los estudiantes con NSE y aumentar la calidad de vida de los niños y jóvenes con NSE. SES.

Este estudio no representa un fin en sí mismo, ya que se realizó como método de recolección de datos en el proceso de planificación en salud y apoya un proyecto de intervención comunitaria. Se cree que este estudio tiene implicaciones para la práctica asistencial.

Contribuciones del autor

Marques: Conceptualización, procesamiento de datos, redacción – borrador original y redacción – análisis y edición;

Guerreiro: Procesamiento y redacción de datos - borrador original;

Bicho: Conceptualización y análisis formal;

Almeida: Conceptualización y análisis formal;

Ribeiro: Conceptualización y análisis formal;



Xavier: Supervisión y redacción – análisis y edición.

Conflicto de intereses y financiación

Los autores no declararon conflictos de intereses. El estudio no está sujeto a financiación.

Referencias bibliográficas:

- ¹ Amillategui, B., Calle, J., Álvarez, M., Cardiel, M., & Barrio, R. (2007). Identificar las necesidades especiales de los niños con diabetes tipo 1 en el ámbito escolar. Una visión general de las percepciones de los padres. *Medicina Diabética*. 24(10). 1073-1079. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17888130/>
- ² Bardín, L. (2009). Análisis de contenido. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA.
- ³ Decreto-Ley N° 58/2019 de 8 de agosto. *Boletín Oficial n° 151/2019 – Serie I*. Asamblea de la República. Lisboa, Portugal.
- ⁴ Dirección General de Innovación y Desarrollo Curricular. (2011). Educación inclusiva y educación especial. Estoril, Portugal. Obtenido de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/guia_director_16_9_net.pdf
- ⁵ Dirección General de Salud (2015). *Programa Nacional de Salud Escolar 2015*. Lisboa, Portugal: autor. Obtenido de https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- ⁶ Dirección General de Salud. (2021). *Plan Nacional de Salud 2021-2030*. Lisboa, Portugal: autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-may1.aspx>
- ⁷ Dirección General de Salud (2022). *La salud de los adolescentes portugueses en el contexto de una pandemia*. Lisboa, Portugal: editor. Obtenido de https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_RelatórioNacional_2022.pdf
- ⁸ Dirección General de Salud (2023). *Programa de apoyo a la promoción y educación de la salud*. Lisboa, Portugal: autor. Obtenido de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/papes_doc.pdf
- ⁹ Lynn, M. (2020). El cuidado de los estudiantes más pequeños: El ABC de la enfermería preescolar. *Enfermera escolar de NASN*. 35(3). 147-151. doi: 10.1177/1942602X19899703
- ¹⁰ Melo, P. (2016). *Enfermería comunitaria avanzada: un modelo de empoderamiento comunitario* (Tesis doctoral). Universidad Católica Portuguesa, Instituto de Ciencias de la Salud, Portugal.
- ¹¹ Nunes, L. (2003). Una mirada por encima del hombro: la enfermería en Portugal (1881-1998) (1ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- ¹² Orden de Enfermeras. (2011). *Regulación del perfil competencial de la enfermera de cuidados generales*. Lisboa, Portugal: autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- ¹³ Orden de Enfermeras. (2018). *Reglamento de competencias específicas de las enfermeras especialistas en enfermería comunitaria en el ámbito de la salud comunitaria y en el ámbito de la salud pública*. Diário da República, Regulamento n° 135 de la 2ª Serie, de 16 de julio. 19534-19539. Obtenido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- ¹⁴ Orden de Enfermeras. (2023). Guía de buenas prácticas: niños y jóvenes con necesidades especiales de salud en el contexto escolar. Obtenido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp_nseemioescolar_v5n.pdf



- ¹⁵ Rodrigues, FM (2021). *Salud planificada: Metodología colaborativa con la comunidad*. Prensa Editorial de Lisboa.
- ¹⁶ Schulz, P. y Pansier, B. (2015). Intervenciones escolares para la diabetes y sus resultados: una revisión sistemática de la literatura. *Revista de investigación en salud pública* . 4(1). 65-71. doi: [10.4081/jphr.2015.467](https://doi.org/10.4081/jphr.2015.467)
- ¹⁷ Escuelas para la Salud en Europa. (2021). *2021 en foco: Salud en las escuelas en Europa - Fundación de la red* . Obtenido de <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/SHE-leaflet-2021-screen.pdf>
- ¹⁸ Taha, N., Rahme, Z., Mesbah, N., Mahmoud, F., AlKandi, S., Othman, N., Sharaikha, H.... Sukkar, F. (2018). Evaluación del impacto de un programa de aprendizaje electrónico sobre educación diabética para el personal escolar sobre el conocimiento sobre la diabetes, la retención de conocimientos y la confianza en el cuidado de los estudiantes con diabetes. *Práctica clínica de la investigación sobre la diabetes* e. 139. 348-356. doi: [10.1016/j.diabres.2018.03.019](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.03.019).



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Diseño y Validación de Instrumentos para el estudio de la exposición a la violencia en niños, niñas y adolescentes.

Mail de todos los autores: Dra. Alba Cortés Alfaro: albacortes@infomed.sld.cu, Dr. Ramón Suárez Medina: ramonsm@infomed.sld.cu, Lic. Martha Chang de La Rosa: mchang@infomed.sld.cu, Dra. Juana Maggie Torriente Valle: maggie@inhem.sld.cu, Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu: cumba@infomed.sld.cu, Lic. Belkis Echemendía Tocabens: Belkis@inhem.sld.cu, DraC. Silvia Josefina Venero Fernández: silviavf@infomed.sld.cu, Lic. Isabel González Benítez, Lic. Noemí Morales Guirola Lic. Sandra Almodova Núñez: sandra.almodovar@nauta.cu, DrC. Cristóbal Martínez Gómez: cristobal@infomed.sld.cu

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Diseñar y validar instrumentos para el estudio de la exposición a la violencia en niños, niñas y adolescentes.

MÉTODO/ METHOD

Clasificación del estudio: Investigación – Innovación
 Participaron niñas, niños y adolescentes comprendidos en las edades de 11 a 18 años, escolarizados, incluyendo escuelas especiales de conducta de las Categoría 1 y 2.
 Educaciones que participaron en el estudio: Escuelas Primarias 6to. Grado (se incluyeron a niños y niñas sin amparo familiar), Secundarias Básicas (SB), Pre Universitarios, Enseñanza Técnica Profesional Escuelas Especiales de conducta
Criterios de inclusión: Niños, niñas y adolescentes escolarizados de 11 a 18 años de los niveles antes descritos que contaran con el consentimiento informado de los padres o tutores.
 Participaron en el estudio 26 escuelas de la educación Primaria, Secundaria Básica, Preuniversitario, Educación Técnica y Profesional y Escuelas Especiales de Conducta Categorías 1 y 2. Municipios participantes: Plaza, Playa, Centro Habana, Habana Vieja, Cotorro, Boyeros, Cerro y la Lisa. Se realizaron Grupos focales y Pilotajes.
Estructura del cuestionario
Secciones
 -Victimización de la violencia -Observación de la violencia
Escenarios o contexto
 -Casa (familia) -Escuela -Comunidad -Redes sociales
Variables exploradas
Variables dependientes
 -Violencia física -Violencia psicológica y/o emocional -Violencia sexual -Violencia por negligencia y abandono
 -Se incluye la ciberviolencia a través de las redes sociales en los adolescentes.
Variables independientes
 -Sociodemográficas: Edad, sexo y color de la piel.
Validación
 Participaron 480 alumnos de 6to grado (11-13 años) y 130 adolescentes (12 a 18 años de edad) de las enseñanza Secundaria Básica, Preuniversitarios, Educación Técnica y Profesional y Escuelas Especiales de Conducta Categorías 1 y 2, quienes respondieron el cuestionario en modalidad test-retest con 30 días entre ellas.
Validez
 -De contenido: Grupo de expertos utilizando los criterios de Moriyama de constructo por análisis factorial confirmatoria.
 -Consistencia interna por coeficiente alfa de Cronbach
 -Estabilidad temporal por prueba de comparación de media de rangos con signos de Wilcoxon y p asociada.

RESULTADOS/ RESULTS

Instrumento para niños y niñas

Instrumento diseñado y validado para el estudio de la exposición a la violencia en niños y niñas como víctimas y observadores de violencia con las variables: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia por negligencia y abandono en los escenarios casa, escuela y comunidad.

Todos los ítems cumplieron con criterios de Moriyama, se justificó la estructura de constructo. Las dimensiones lograron coeficientes aceptables a buenos de consistencia interna (0,60 <= α <= 0,82), se cumplió con la estabilidad temporal (p > 0,05).

Instrumento para adolescentes

Instrumento diseñado y validado para el estudio de la exposición a la violencia como víctimas y observadores de violencia con las variables: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia por negligencia y abandono en los escenarios: casa, escuela y comunidad y a través de las redes sociales (ciberviolencia).

Todos los ítems cumplieron con criterios de Moriyama y se justificó la estructura de constructo. Las dimensiones lograron coeficientes aceptables a buenos de consistencia interna (0,70<= α <= 0,93), se cumplió con la estabilidad temporal (p > 0,05).

Para ambos grupos niñas, niños y adolescentes, el resultado para la violencia física es:

Para violencia física las 4 variables que la exploran fueron bien explicadas por un único factor.

Casa:
 1. ¿Te pegan con objetos o te dan golpes?
 Escuela

1. ¿Te empujan? 2. ¿Te dan golpes? 3. ¿Te pellizcan?
 En el caso de la psicológica se identificaron 5 factores o patrones: Tabla 1

- Factor 1: Violencia Psicológica en la escuela con agresión
- Factor 2: Violencia por no permitir haga actividades que debe hacer.
- Factor 3: Violencia como consecuencia de mala conducta.
- Factor 4: Obligar a hacer algo sin que se agrade al niño
- Factor 5: Obligar a hacer algo agrediendo al niño

Gráficos y tablas / Graphs AND Tables

Tabla 1. Violencia psicológica, carga factorial de los ítems según factores identificados.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Casa_1	0,2187	-0,1114	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_2	0,2372	-0,0742	0,0982	-0,2141	-0,1241
Casa_3	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_4	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_5	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_6	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_7	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_8	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_9	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_10	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_11	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_12	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_13	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_14	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_15	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_16	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_17	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_18	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_19	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_20	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_21	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_22	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_23	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_24	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_25	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_26	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_27	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_28	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_29	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_30	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_31	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_32	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_33	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_34	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_35	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_36	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_37	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_38	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_39	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_40	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_41	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_42	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_43	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_44	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_45	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_46	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_47	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_48	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_49	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_50	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_51	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_52	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_53	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_54	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_55	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_56	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_57	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_58	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_59	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_60	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_61	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_62	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_63	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_64	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_65	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_66	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_67	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_68	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_69	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_70	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_71	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_72	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_73	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_74	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_75	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_76	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_77	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_78	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_79	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_80	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_81	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_82	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_83	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_84	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_85	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_86	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_87	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_88	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_89	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_90	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_91	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_92	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_93	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_94	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_95	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_96	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_97	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_98	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_99	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484
Casa_100	0,2187	-0,0742	0,1119	-0,2244	-0,0484

Tabla 2. Violencia por negligencia, carga factorial de los ítems según factores identificados.

Ítem	Factor 1	Factor 2
Casa_7	0,38096	0,29575
Casa_8	0,32568	-0,63817
Casa_9	0,38952	0,54843
Casa_10	0,63504	-0,419857
Casa_11	0,34368	0,59408
Casa_12	0,60262	-0,06742

Tabla 3. Violencia sexual, carga factorial de los ítems según factores identificados.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Sexuales_1	0,18837	0,79953	0,51148
Sexuales_2	0,69687	-0,23873	0,12327
Sexuales_3	0,78691	-0,10684	-0,26001
Sexuales_4	0,25517	0,42004	-0,74349
Sexuales_5	0,49924	-0,33576	0,33493
Sexuales_6	0,62536	-0,04029	0,02848
Sexuales_7	0,72370	0,24117	0,04667

Tabla 4. Violencia sexual, carga factorial de los ítems según factores identificados.

Bloque	Descripción	Factor 1	Factor 2
1.3	3-¿Te han ofrecido algo a cambio de hacer algo con tu cuerpo?	0,57	0,29
1.4	4-¿Te han dicho que si cumples algo que han hecho con tu cuerpo, puede suceder algo malo contigo y/o con tu familia?	0,73	-0,29
1.5	5-¿Alguien te ha obligado a tener relaciones sexuales?	0,95	-0,19
1.6	6-¿Has sido víctima de abuso sexual?	0,78	-0,22
1.7	7-¿Te han obligado a hacer cosas con tu cuerpo?	0,74	-0,21
1.10	10-¿Te han obligado o amenazado con tener relaciones sexuales?	0,95	-0,19
1.16	16-¿Te han pasado cosas que alguien que han hecho con tu cuerpo?	0,93	-0,00
7.5	5-¿Conoces a personas a quienes obligan a salir y vender su cuerpo y las explotan viviendo de lo que se buscan?	0,62	0,00
7.8	8-¿Has observado adolescentes que viven de la prostitución?	0,53	0,98

Tabla 5. Violencia a través de las redes sociales en adolescentes.

Ítem	Factor 1
15-Otros comportamientos que has podido tener a través de las redes sociales. Marcar con una X según el caso	
1-¿Chatear por internet, a mail o celular con personas que no conoces?	0,76320
2-¿Te han hecho citas con personas desconocidas por tu móvil u otra vía de internet?	0,76239
3-¿Has recibido citas con personas que conociste en internet o por mensajes de texto en el celular?	0,79755
8-¿Te has puesto en contacto por la vía de internet con alguien que no conoces, a solicitud de esa persona?	0,70409
11-¿Te han pasado tus fotos o tus videos en facebook o en otros sitios de internet?	0,61745
12-¿Te han pedido alguna cita por mail, celular u otra de las redes sociales?	0,80540

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Los instrumentos diseñados y validados para el estudio de la exposición a la violencia en niños, niñas y adolescentes cumplieron los objetivos para los cuales fueron diseñados.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Buka SL, Stichick TL, Birdthistle I & Earls FJ. Youth exposure to violence: Prevalence, risks, and consequences. American Journal of Orthopsychiatry. 2001;71(3):298-310. DOI: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.3.298>
- Bandura A. Aprendizaje cognoscitivo social. Capítulo 4. <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Teo-Apra/4.pdf>
- Gayla Margolin, Elana B. Gordis The Effects of Family and Community Violence on Children. Annual Review of Psychology. 2000;51:445-79. Volume publication date February 2000). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10751978/>.
- UNICEF: Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>
- OPS.OMS: Violencia contra las niñas y los niños. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-niñas-niños>
- Cuba: Encuesta de indicadores múltiples por conglomerado. MICS- 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/cuba/informes/encuesta-de-indicadores-multiples-por-conglomerados-cuba-mics-2019>
- MINSAP: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]; La Habana 2021 [acceso octubre 2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
- UNICEF: La disciplina violenta, el abuso sexual y los homicidios acechan a millones de niños en todo el mundo. 2017. Disponible en: [https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/la-disciplina-violenta-el-abuso-sexual-y](https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/la-disciplina-violenta-el-abuso-sexual-y-los-homicidios-acechan-millones-de)



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TÍTULO DEL CAPÍTULO: Diseño y validación de instrumentos para el estudio de la exposición a la violencia en niños, niñas y adolescentes.

Autor/es: Dra. Alba Cortés Alfaro, Dr. Ramón Suárez Medina Lic. Martha Chang de La Rosa, Dra. Juana Maggie Torriente Valle, Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu, Lic. Belkis Echemendía Tocabens DraC. Silvia Josefina Venero Fernández, Lic. Isabel González Benítez Lic. Noemí Morales Guirola Lic. Sandra Almodova Núñez, DrC. Cristóbal Martínez Gómez

Centro de Trabajo: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Departamento Salud Escolar

Mail de todos los autores: Dra. Alba Cortés Alfaro: albacortes@infomed.sld.cu, Dr. Ramón Suárez Medina: ramonsm@infomed.sld.cu, Lic. Martha Chang de La Rosa: mchang@infomed.sld.cu, Dra. Juana Maggie Torriente Valle: maggie@inhem.sld.cu, Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu: cumba@infomed.sld.cu, Lic. Belkis Echemendía Tocabens: Belkis@inhem.sld.cu, DraC. Silvia Josefina Venero Fernández: silviavf@infomed.sld.cu, Lic. Isabel González Benítez, Lic. Noemí Morales Guirola Lic. Sandra Almodova Núñez: sandra.almodovar@nauta.cu, DrC. Cristóbal Martínez Gómez: cristobal@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: La violencia se ha convertido en un problema para la salud pública a nivel mundial y Cuba no está exenta, existen estudios aislados sin que se exploren las variables asociadas. En Cuba no se dispone de instrumentos validados para explorar la violencia en sus diferentes escenarios y tipos de violencia en niños y niñas y adolescentes.

Objetivos: Diseñar y validar un instrumento para el estudio de la exposición a la violencia en niños/as y adolescentes.

Método: Investigación de desarrollo de tecnología en las que participaron 480 alumnos de 6to grado (11-13 años) y 130 adolescentes (12 a 18 años de edad) de las enseñanzas Secundaria Básica, Preuniversitarios, Educación Técnica y Profesional y Escuelas Especiales de Conducta Categorías 1 y 2, quienes respondieron el cuestionario en modalidad test-retest con 30 días entre ellas. Se evaluó la validez de contenido por medio de un grupo de expertos utilizando los criterios de Moriyama de constructo por análisis factorial confirmatoria ; la consistencia interna por



coeficiente alfa de Cronbach y estabilidad temporal por prueba de comparación de media de rangos con signos de Wilcoxon y p asociada.

Resultados: Instrumento validado para el estudio de la exposición a la violencia en niños y niñas como víctimas y observadores de violencia con las variables: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia por negligencia y abandono en los escenarios casa, escuela y comunidad. Todos los ítems cumplieron con criterios de Moriyama, se justificó la estructura de constructo. Las dimensiones lograron coeficientes aceptables a buenos de consistencia interna ($0,60 \leq \alpha \leq 0,82$), se cumplió con la estabilidad temporal ($p > 0,05$).

Para los adolescentes, fue validado para el estudio de la exposición a la violencia como víctimas y observadores de violencia con las variables: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia por negligencia y/o abandono en los escenarios: casa, escuela y comunidad y a través de las redes sociales (ciberviolencia). Todos los ítems cumplieron con criterios de Moriyama y se justificó la estructura de constructo. Las dimensiones lograron coeficientes aceptables a buenos de consistencia interna ($0,70 \leq \alpha \leq 0,93$), se cumplió con la estabilidad temporal ($p > 0,05$).

Conclusiones: Los instrumentos diseñados y validados para explorar la exposición a la violencia en niños, niñas y adolescentes cumplieron los objetivos para los cuales fueron diseñados.

Palabras claves: Validación instrumentos violencia, violencia en niños, niñas y adolescentes, diseño instrumentos adolescentes violencia.

INTRODUCCION

En la actualidad la violencia constituye un fenómeno que forma parte de la vida cotidiana del ser humano y no escapan los grupos de edad como la niñez y la adolescencia. Edades en las que proliferan con frecuencia manifestaciones de violencia, algunas empleadas por familiares para imponer su autoridad, otras evidentes en la institución educacional. Entre ellas el bullying y algunas más solapadas, que llegan a través de video juegos o audiovisuales.

.La exposición a la violencia se ha definido ampliamente, incluyendo tanto la exposición directa, en la que un individuo es víctima de violencia, como la exposición indirecta, en la que es testigo de dicha violencia. (1)

.La evidencia en el ámbito internacional señala que niñas, niños y adolescentes se encuentran expuestos a diversas formas de violencia, de manera diferenciada a lo largo de su vida, en los múltiples contextos donde se desenvuelven, es decir, en la escuela, la comunidad, las instituciones de cuidado e incluso en el hogar.

Desde 2006, el Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas recomendó a los Estados miembros de las Naciones Unidas mejorar sus sistemas de información y recolección de datos con el fin de identificar grupos en situación de vulnerabilidad, así como informar y monitorear las políticas para prevenir la violencia contra niñas, niños y adolescentes. (2)



Datos brindados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) . 3 refieren que, a nivel mundial, 1 de cada 2 niñas y niños de entre 2 y 17 años sufre algún tipo de violencia cada año. Según una revisión global, se estima que el 58% de las niñas y los niños en América Latina y el 61% en América del Norte sufrieron abuso físico, sexual o emocional en el último año.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) refiere que la violencia constituye uno de los problemas más graves que actualmente afectan a la infancia.

En Cuba a pesar de los esfuerzos realizados para disminuir la incidencia de la violencia este fenómeno aún no es visible en las estadísticas sociodemográficas, médicas, jurídico-penales y de manera especial, en la percepción de la población que lo ha convertido en un problema de salud.

La UNESCO según su análisis afirma que el 32% de los estudiantes en América del Norte y el 30% de los estudiantes en América del Sur informaron haber sido acosados- En el Salvador experimentaron violencia sexual antes de los 18 años, según lo informado por los jóvenes de 18 a 24 años. . 4

Un estudio realizado con adolescentes de 14 a 17 años del Preuniversitario Saúl Delgado de La Habana con una muestra de 103 estudiantes que tuvo como objetivo describir el comportamiento del acoso escolar, así como identificar el papel de los padres y profesores ante el mismo.se encontró que 18,4 % de víctimas (19), un 10,7 % de agresores (11) y un 70,9 % de espectadores y solo un estudiante resulto ser un agresor victimizado. Se refieren además las diferentes formas de acoso en las que predominan “Sobrenombres y burlas” con el 61,1% y el rechazo e aislamiento con el 32.0%. Referente a los lugares de ocurrencia predominó el aula de clase. 5

Otro fenómeno relacionado con la violencia en las redes sociales que cobra fuerza y muestra la cara menos privilegiada del uso descontrolado de Internet es la llamada Ballena Azul que surgió como una peligrosa broma o quizás como una venganza personal de un hombre desequilibrado, pero enseguida le dio la vuelta al mundo y justo ahora despierta las alarmas en buena parte del planeta. Este juego presume que está detrás de una ola de suicidios de adolescentes en más de una decena de países, su mecanismo resulta simple, pero en extremo riesgoso. Una vez que el participante entra a uno de los grupos cerrados promotores del juego, se le asigna un administrador o "curador" encargado de orientarle durante los próximos cincuenta días las tareas a realizar y recopilar las fotos o videos enviados como prueba de su cumplimiento. Para dar a conocer el desafío de la jornada, los "curadores" mandan mensajes a las 4.20 de la mañana con diferentes astas como #ballena azul, #mar de ballenas o #Estoy en el juego. 6

En Cuba a pesar de los esfuerzos realizados para disminuir la incidencia de la violencia este fenómeno aún no es visible en las estadísticas sociodemográficas, médicas, jurídico-penales y de manera especial, en la percepción de la población que lo ha convertido en un problema de salud.

.Todo lo cual motivó a realizar un instrumento de trabajo validado por primera vez en el país que nos permitirá identificar las diversas manifestaciones de violencia a las que están expuestos los adolescentes (violencia física, psicológica, sexual, económica y por negligencia y/o abandono) en los escenarios casa,



escuela y comunidad en las que se incluyen además variables del ciberbullying que tantas consecuencias negativas han ocasionado en esta población vulnerable y expuesta a riesgos.

.METODOLOGÍA

Estudio de desarrollo de tecnología en las que participaron 480 alumnos de 6to grado (11-13 años) y 130 adolescentes (12 a 18 años de edad) de las enseñanzas Primaria, Secundaria Básica, Preuniversitarios, Educación Técnica y Profesional y se incluyeron alumnos pertenecientes a escuelas especiales de conducta y niños de hogares sin amparo familiar de la provincia la Habana. 2017-2022

Operacionalización de variables: Se incluyeron preguntas que exploraban las variables de violencia: física, psicológica, sexual y por negligencia y abandono.

Escenario o contexto: casa, escuela, comunidad y a través de tecnologías de la información.

Técnicas y procedimientos:

Recogida de información: se diseñó un cuestionario a los efectos de evaluar la exposición a la violencia en adolescentes, se administró al momento del reclutamiento y luego a los 30 días (test-retest).

Se confeccionó una base de datos creada en Excel 2013 y se procesó con el paquete estadístico SAS 9.3.

La validez de contenido fue evaluada por un grupo de expertos utilizando los criterios de Moriyama. a cada ítem con el que se pretendió explorar violencia de algún tipo en cada contexto.

1. Que sean razonable y comprensible: Se refiere a que el encuestado entienda qué se le pregunta en el ítem.
2. Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide: se refiere a que las posibles respuestas del ítem muestren diferencias en la variable que se medirá.
3. Pertinencia o con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: se refiere a que desde el punto de vista lógico y teórico sea razonable pensar que el ítem contribuye a medir la violencia en los escenarios seleccionados.
4. Con componentes claramente definidos: Que cada ítem se defina claramente
5. Derivable de datos factibles de obtener: se refiere a que sea posible en la práctica obtener la información necesaria para dar respuesta al ítem.

Validación de constructo: se aplicó análisis factorial con rotación varimax para reducción de información e identificar factores que agruparan los ítems del cuestionario dentro de cada bloque de tipo de violencia.

Consistencia interna: se utilizó el alfa de Cronbach para los ítems dentro de cada tipo de violencia y también el coeficiente global para cada tipo de violencia de las preguntas que quedarán al final. Se consideró aceptable cuando este estadígrafo fuera al menos igual a 0,6.

Estabilidad temporal: Se calculará la diferencia en los puntajes de la aplicación inicial y luego de los 30 días utilizando prueba de comparación de medias de los rangos con signos con nivel de significación, considerando estabilidad cuando el valor de p no fuera menor de 0,05.



Procedimientos:

El instrumento fue sometido a un pilotaje para probar que fuera entendido por los estudiantes, se hicieron cambios mínimos de palabras y el instrumento definitivo fue aplicado en condiciones de privacidad y anonimato tanto en el primer momento como a los 30 días. Aspectos éticos: La investigación cuenta con el aval de aprobación del comité de ética de la investigación científica y del consejo científico del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Toda la información obtenida fue utilizada solo para los fines de la investigación.

Criterios de exclusión:

El no haber estado presente en el momento de la aplicación del cuestionario y que no se contara con el consentimiento de los padres o tutores.

Criterios de inclusión: Niños, niñas y adolescentes escolarizados que contaran con el consentimiento informado de los padres o tutores

Resultados del diseño y validación del instrumento de exposición a la violencia en niñas y niños.

Validación:

Se construyó un instrumento donde todos los ítems tienen tres opciones de respuestas ordinales (Nunca, A veces y Siempre/Todos los días) y tiene la peculiaridad que no existe una escala que sea el resultado de los ítems individuales, sino que con la respuesta a algún ítem ya se puede concluir la exposición al tipo de violencia en específico según fue definido por los expertos del tema.

Se realizó la validez de contenido por medio de un grupo de expertos y utilizando los criterios de Moriyama, el total de ítems evaluados cumplieron con dichos criterios.

El cuestionario fue estructurado incluyendo preguntas que exploran cada tipo de violencia, fue entonces aplicado análisis factorial dentro de cada bloque de preguntas definida por el tipo de violencia que explora para identificar factores para subclasificar la violencia, ya fuera física, psicológica, por negligencia o sexual. Para violencia física las 4 variables que la exploran fueron bien explicadas por un único factor. Casa: ¿Te pegan con objetos o te dan golpes? Escuela ¿Te empujan? ¿Te dan golpes? ¿Te pellizcan?

En la valoración psicológica, se identificaron los factores Violencia Psicológica en la escuela con agresión, Violencia por no permitir haga actividades que debe hacer., Violencia como consecuencia de mala conducta. Obligar a hacer algo sin que se agreda al niño, Obligar a hacer algo agrediendo al niño.

Para la violencia por negligencia se obtuvieron los patrones: Negligencia sin participación positiva de los padres hacia actividades escolares ni atención al niño. Y la negligencia con mejor actitud de los padres en la atención al niño y a la escuela. Para la violencia sexual la observación de violencia sexual, y violencia sexual con contacto con amenaza y no le ofrecen algo a cambio, Violencia sexual con contacto sin amenaza, pero le ofrecen algo a cambio.

Diseño y validación en adolescentes



Los resultados del diseño y la validación en adolescentes se obtuvo para la violencia física los factores: identificados fueron: ¿Te dan golpes?, ¿Te regañan dándote empujones, tirones de pelo, arañazos, pellizcos, bofetadas o piñazos?, ¿Te pegan con cinto, faja, chancleta, palos o madera?, ¿Te castigan de rodillas sobre objetos (chícharos, chapillas, piedras o con otra cosa)?, ¿Te dan golpes por no hacer las tareas?

Para el caso de la violencia psicológica se obtuvieron 8 factores

Bloque.	1	2	3	4	5	6	10	11
Ítem								
2.2	0.51	-0.14	-0.15	0.23	0.12	-0.22	-0.38	0.19
2.3	0.63	-0.41	-0.17	0.16	0.06	-0.06	0.14	-0.06
2.4	0.63	-0.21	-0.35	0.17	0.02	-0.32	0.10	0.07
2.5	0.60	-0.20	-0.08	0.16	0.32	-0.03	0.30	0.01
2.8	0.59	0.06	-0.30	0.38	0.03	-0.05	0.07	0.01
2.9	0.64	-0.25	-0.01	0.10	-0.02	0.08	-0.04	-0.24
2.11	0.59	-0.10	-0.28	-0.34	0.31	-0.07	0.07	0.01
2.13	0.65	-0.18	0.03	0.10	-0.08	0.30	-0.06	0.09
2.14	0.65	-0.20	-0.23	0.14	-0.05	0.23	-0.20	-0.07
2.15	0.70	-0.19	-0.03	-0.03	-0.12	0.19	-0.21	0.06
2.16	0.54	-0.34	0.17	-0.26	-0.24	0.02	0.09	-0.03
2.17	0.57	-0.13	-0.06	-0.43	-0.26	0.06	0.06	-0.06
2.18	0.54	-0.18	0.08	0.28	-0.23	0.19	-0.07	0.13
2.19	0.63	-0.23	0.21	-0.24	-0.37	-0.13	0.08	-0.08
2.20	0.33	-0.21	-0.25	0.46	0.35	0.05	-0.07	0.19
2.22	0.37	-0.24	0.27	0.03	0.30	0.42	-0.03	0.02

Activar Window



2.25	0.77	-0.10	-0.26	-0.14	-0.10	-0.07	0.10	-0.10
2.26	0.62	-0.06	-0.08	-0.15	-0.38	0.00	-0.07	-0.01
3.1	0.45	-0.06	-0.46	0.03	0.10	0.34	-0.04	-0.11
3.2	0.55	-0.13	-0.03	0.07	0.23	-0.13	-0.06	-0.21
3.14	0.46	-0.11	-0.10	-0.37	-0.34	-0.27	-0.01	-0.01
5.4	0.40	0.12	-0.48	-0.28	0.11	-0.08	-0.09	0.03
5.6	0.40	0.71	-0.04	-0.09	-0.06	0.32	-0.02	0.03
5.7	0.46	0.40	0.06	-0.46	0.25	0.15	-0.15	0.13
5.8	0.41	0.54	-0.16	0.03	-0.03	-0.20	0.03	0.09
5.9	0.53	0.21	0.21	-0.29	0.15	-0.12	-0.08	-0.11
5.10	0.63	0.51	-0.09	0.16	-0.01	-0.04	0.06	-0.13
5.11	0.46	0.33	0.18	-0.21	0.26	0.32	-0.03	-0.06
5.12	0.61	0.53	-0.16	-0.15	-0.10	0.11	-0.06	0.03
5.16	0.32	-0.07	-0.13	-0.14	-0.05	0.34	0.56	0.18
5.17	0.34	-0.24	0.37	-0.12	0.58	0.18	0.05	-0.15
6.7	0.46	-0.31	0.22	-0.13	-0.13	-0.10	-0.35	0.45
7.2	0.44	0.18	0.29	0.27	-0.35	0.21	0.17	0.02
7.3	0.34	0.14	0.35	0.40	-0.20	0.05	0.18	0.27
7.4	0.48	0.17	0.24	0.42	-0.13	-0.07	0.12	-0.03
7.6	0.44	0.20	0.30	0.21	0.02	-0.31	-0.25	-0.12
7.7	0.45	0.21	0.15	0.28	-0.04	-0.10	-0.05	-0.46
7.9	0.61	0.03	0.48	-0.03	0.10	-0.11	-0.01	-0.07
7.10	0.52	0.17	0.37	0.10	0.02	-0.18	0.00	-0.11

7.11	0.39	-0.08	0.16	-0.21	0.24	-0.61	0.29	0.13
7.12	0.45	0.01	0.54	-0.11	0.23	0.01	0.04	0.31
9	0.34	0.56	-0.29	0.15	0.12	-0.19	0.08	0.27

En la violencia sexual se obtuvieron los patrones siguientes: Coacción: Exposición a violencia sexual con intimidación., Observación de sexo brutal y pornográfico: Exposición a violencia sexual por observación.



Respecto a violencia por negligencia solo se identificó un factor asociado a los ítems del bloque como aspectos protectores para la violencia como:

¿Te lavan la ropa y te planchan el uniforme?, ¿Alguien de tu casa participa en las reuniones orientadas por la escuela?, ¿Te ayudan o apoyan en las realizaciones de las tareas y trabajos escolares?, ¿Te garantizan desayuno, almuerzo, comida y merienda?, ¿Te garantizan tu aseo personal (baño y ropa limpia)? Cuando tienes algún problema, ¿te sientes atendido/a?

La exposición a la violencia por las redes sociales se identificó:

Chatear por internet, e. Mail o celular con personas que no conoces? ¿Te han hecho citas con personas desconocidas por tu móvil u otra vía de internet?, Has recibido citas con personas que conociste en internet o por mensajes de texto en el celular?, Has recibido citas con personas que conociste en internet o por mensajes de texto en el celular? -¿Te has puesto en contacto por la vía de internet con alguien que no conoces, a solicitud de esa persona?, Te han pedido tu teléf. o tus fotos en Facebook o en otros sitio de internet?, -¿Te han pedido alguna cita por telf., celular u otra de las redes sociales?

Discusión

Al analizar estudios de validación en la literatura .se encontró el estudio para validación de una escala de bullying en adolescente de instituciones educativas de Medellín, Colombia aplicándose la escala California SchoolClimate and Safety Survey (CSCSS). en la que se encontró excelente fiabilidad y validez en población adolescente de instituciones educativas públicas de Medellín, lo que refleja la disponibilidad de un instrumento corto, de fácil aplicación y con garantías psicométricas en población similar a la estudiada. En alusión a la consistencia interna y la fiabilidad, se demostró que el CSCSS presenta alfa de Cronbach superior a 0,80 en todos los dominios, resultados superiores a la investigación original realizada en 650 estudiantes de California, ya que en ella el alfa de Cronbach para el dominio de conductas inseguras fue de 0,70; clima escolar 0,63; seguridad en la escuela 0,61, y victimización 0,75 (Rebelez y **Furlong, 2013**) ⁷ En los resultados aunque se medían otras variables se encontraron resultados aceptables por el coeficiente alfa de Cronbach en su consistencia interna.

Orue ⁸ en su estudio “Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia “incluyó ítems referentes tanto a la observación de violencia como a la victimización, en cuatro contextos distintos: casa, colegio y comunidad. Los ítems hacen referencia a violencia física, y emocional. En su análisis factorial confirmatoria llevada a cabo confirmó, una estructura jerárquica que cumple con los objetivos trazados.

Mrug et al ⁷, quienes realizaron un análisis factorial exploratorio con un cuestionario que también arrojó una solución de tres factores representando a cada uno de los tres contextos estudiados. La estructura del Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV) permite evaluar múltiples aspectos de la exposición a la violencia, diferenciando por ejemplo la exposición directa de la indirecta. Esto hace que este instrumento



pueda ser empleado con distintos objetivos y en diferentes ámbitos de investigación. Además, los índices de consistencia interna encontrados en nuestro estudio fueron adecuados.

Conclusiones

Los instrumentos diseñados y validados en niños, niñas y adolescentes para explorar la exposición a la violencia como víctima y observadores en los escenarios casa, escuela y comunidad en las variables; violencia física, psicológica, sexual, por negligencia y abandono en los escenarios o contexto: casa, escuela y comunidad y a través de tecnologías de la información, cumplieron los objetivos para los cuales fueron diseñados.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Buka SL, Stichick TL, Birdthistle I & Earls FJ. Youth exposure to violence: Prevalence, risks, and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2001; 71(3):298-310. DOI: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.3.298>
2. UNICEF: Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>
3. OPS.OMS: Violencia contra las niñas y los niños. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-niñas-niños> . (3)
4. OMS.OPS Violencia contra las niñas y los niños.2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-niñas-niños>
5. Oliva Ricardo D., Ortiz Machín M., Vidal Martínez B., Ortiz Hernández M.: Comportamiento del acoso escolar en adolescentes de 14 a 17 años del Preuniversitario Saúl Delgado de La Habana. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*.2021 Vol. 11 No.2. Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/948/1170Test> .5
6. Cuba debate. La Ballena Azul: el juego donde morir en la vida real es el objetivo.<http://www.cubadebate.cu/noticias/2017/05/12/la-ballena-azul-el-juego-donde-morir-en-la-vida-real-es-el-objetivo/>. 6
7. Mrug S, Loosier PS y WindleM: Violence exposure across multiple contexts: Individual and joint effects on adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*,Disponible en: <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/262/elaboracin-y-validacin-de-un-cuestionario-ES.pdf> 7
8. Orue I, Calvete E. Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2010 [citado 2022 noviembre 10]; 10(2):279-92. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/262/elaboracin-y-validacin-de-un-cuestionario-ES.pdf>





LAS HECES DE PERROS CALLEJEROS, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN LAS INSTITUCIONES ESCOLARES



Orozco Benítez María Guadalupe¹, Murray Núñez Rafael², Nájera González Oyolsi², Flores Vilches Fernando², Marcelaño Flores Susana², Murray Orozco Alethia Aramara³. ¹Unidad Académica de Medicina Veterinaria y Zootecnia mgorozco@uan.edu.mx. ²Secretaría de investigación y posgrado, Universidad Autónoma de Nayarit ³Estudiante de la maestría en Salud Pública.

Introducción.

El fecalismo canino representa un problema de salud pública en la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), debido al riesgo de transmisión de parásitos de riesgo zoonótico. Las heces y la orina de los perros son fuente de contaminación ambiental (Zúñiga-Carraco & Caro-Lozano, 2020). Las especies de parásitos zoonóticos más reportadas son *Ancylostoma caninum* y *Toxocara canis* (Silva *et al.*, 2020). Lo anterior plantea problemas sanitarios graves que obliga a desarrollar acciones de control puesto que el perro no solo es un animal de compañía, sino que también nos ayuda en diferentes actividades, rescates, detección de drogas, perros de apoyo y tratamientos de pacientes con trastornos emocionales (Macpherson *et al.*, 2013; Zapata *et al.*, 2015).

Objetivo. Estimar la prevalencia e identificar las estructuras parasitarias con potencial zoonótico.

Materiales y Métodos.

El estudio se realizó en la UAN que se encuentra en la ciudad de Tepic, Nayarit. Se analizaron 70 muestras de heces fecales de perros dentro del campus universitario, la toma de muestra se realizó de forma aleatoria directamente del piso de heces frescas, Las muestras se analizaron mediante las técnicas de flotación de Willis y técnica de Mc Master.

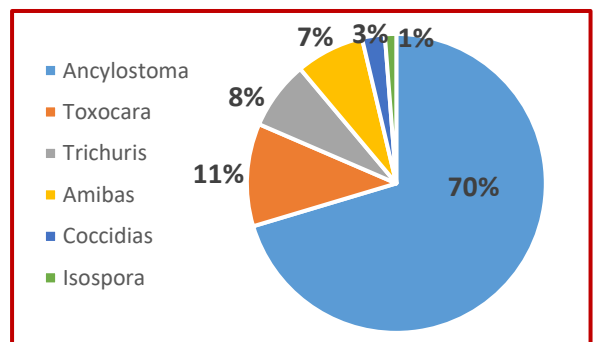


Conclusiones.

La ola de abandono de perros llegó a las instituciones educativas, caninos de diferentes edades y condición corporal son abandonados con problemas de salud, principalmente parasitarias, y de riesgo zoonótico. La comunidad estudiantil de la UAN, alimenta a estos animales con restos de comida y croquetas, la cantidad de heces esparcidas por jardines, banquetas, y espacios comunes contaminan el suelo y son el vehículo que disemina estructuras parasitarias de importancia zoonótica *Ancylostoma caninum* y *Toxocara canis*, problema de salud pública.

Resultados y Discusión.

El 59% de las muestras fecales analizadas con la técnica de Willis se encontraron huevecillos de *Isospora* (1%), *Amebas* (7%), *Toxocara canis* (11%), *Trichuris vulpis* (8%), y *Ancylostoma caninum* (70%). Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con Martínez *et al.*, (2011) en un estudio en la Cd. De México; donde se analizaron 200 muestras de materia fecal.; y con Chávez *et al.*, (2012), en Zacatecas examinaron 163 muestras fecales de caninos y obtuvieron *Ancylostoma caninum*, 55.22%; *Toxocara canis*, 13.93%,



Gráfica 1. Muestras fecales analizadas (técnica de Willis).

Referencias

Martínez B.J, Gutiérrez C.E, Aguilar V.E, Pimienta L.J, Shea M. (2011). Frecuencia de geo helmintos en canes domiciliados de siete delegaciones de la ciudad de México. Cd. De México. Redalyc Vol.42 N°1 Pág. 83-91.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: El trabajo sociocultural comunitarias para enfrentar el CORONAVIRUS COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de licenciatura en enfermería 2023.

Autor/es: Mayde González Cruz¹, Orialis Milagros Salas Romero², Inés del Carmen Espinosa Vázquez³, Zailys Cómez Cruz⁴, Yunia Estela Domínguez Álvarez⁵

Centro de Trabajo: Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba

Mail de todos los autores: ¹, orialisalas79@gmail.com ², Zailysgomez@ltu.sld.cu ³ Zailysgomez@ltu.sld.cu

⁴, yuniaedomingueza@gmail.com

Resumen:

Fundamento: El siglo XXI demanda cambios para la sociedad, el hombre se enfrenta a desafíos y retos que le imponen transformar su entorno sociocultural comunitario, donde no debe quedarse a tras la formación inicial del estudiante de medicina desde sus primeros años adquirir una cultura para poder enfrentar y prevenir la pandemia Covid 19.

Objetivo: Proponer actividades socioculturales comunitarias para enfrentar el Coronavirus COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de Lic. En Enfermería.

Métodos: Se utilizaron los métodos de nivel teórico entre ellos el histórico-lógico; para el estudio de los fundamentos teóricos que sustentan el trabajo sociocultural-comunitario y el origen, la evolución del Coronavirus COVID-19 a nivel internacional, nacional. análisis-síntesis; la revisión y procesamiento de la información bibliográfica que sirve de referente teórico y metodológico para la confección del posicionamiento científico a partir del cual se diseñaron las propuestas de actividades y de nivel empírico, Observación participante: se utilizó este método durante toda la investigación, desde el diagnóstico para contactar el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de Lic. En Enfermería.

en el trabajo sociocultural-comunitario para enfrentar el coronavirus Covid 19 en la Universidad de Las Tunas, Cuba, hasta la fundamentación de la propuesta de actividades. Entrevistas abiertas a profesores, directivos y estudiantes: para recoger las opiniones y criterios sobre el trabajo sociocultural- comunitario en la carrera de Lic. En Enfermería.

Resultados: Se enmarcaron en la propuesta de actividades socioculturales comunitarias para enfrentar el Coronavirus COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de Lic. En Enfermería, con un carácter interdisciplinario, sistémico, planificado, en estrecha interrelación profesor- estudiante, flexible y creativo, con su aplicación con la profesión, concretándose en actividades de estudio que sirvan de referencia no solamente a los profesores de estos años, sino al resto del personal docente que se desempeña en la docencia de la Educación Superior en la Carrera de Lic. En Enfermería.

Conclusión: Los nuevos cambios en el ámbito, nacional y territorial plantea oportunidades inéditas para las proyecciones socioculturales comunitarias locales. En este trabajo se argumenta que el desarrollo sociocultural comunitario debe beneficiar a la sociedad y a la vez dotarla del conocimiento que permita



atender las necesidades, económicas, sociales, políticas, para que todos los habitantes, se favorezcan con un alto nivel de calidad de vida.

Palabras claves: socioculturales comunitarias, formación inicial del futuro Lic. En Enfermería, coronavirus COVID-19



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

EL TRABAJO SOCIOCULTURALES COMUNITARIAS PARA ENFRENTAR EL CORONAVIRUS COVID-19 EN EL PRIMER Y SEGUNDO AÑO DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA 2023.

Mayde González Cruz¹, Orialis Milagros Salas Romero², Inés del Carmen Espinosa Vázquez³, Zailys Cómez Cruz⁴, Yunia Estela Domínguez Alvarez⁵ maydegc@ltu.sld.cu

OBJETIVOS/ OBJETIVES

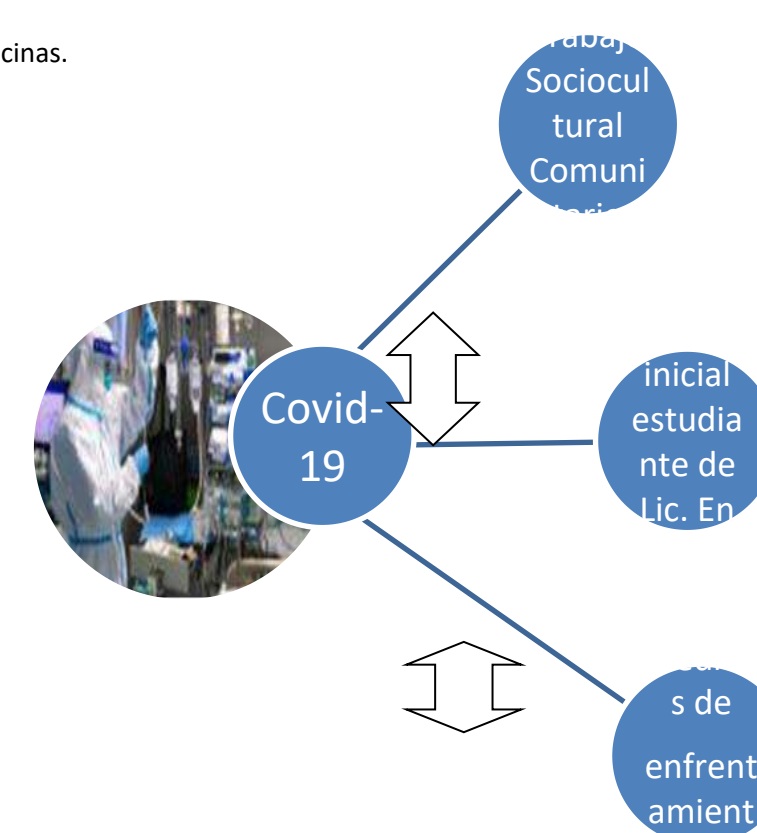
Proponer actividades socioculturales comunitarias para enfrentar el Coronavirus COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de Lic. En Enfermería.

MÉTODO/ METHOD

• Se utilizaron los métodos de nivel teórico entre ellos el histórico-lógico; para el estudio de los fundamentos teóricos que sustentan el trabajo sociocultural-comunitario y el origen, la evolución del Coronavirus COVID-19 a nivel internacional, nacional. análisis-síntesis; la revisión y procesamiento de la información bibliográfica que sirve de referente teórico y metodológico para la confección del posicionamiento científico a partir del cual se diseñaron las propuestas de actividades y de nivel empírico, Observación participante: se utilizó este método durante toda la investigación, desde el diagnóstico para contactar el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de Lic. En Enfermería en el trabajo sociocultural-comunitario para enfrentar el coronavirus Covid 19 en la Universidad de Las Tunas, Cuba, hasta la fundamentación de la propuesta de actividades. Entrevistas abiertas a profesores, directivos y estudiantes: para recoger las opiniones y criterios sobre el trabajo sociocultural-comunitario en la carrera de Lic. En Enfermería.

RESULTADOS/ RESULTS

Covid-19 en la Carrera de Medicinas.



Se enmarcaron en la propuesta de actividades socioculturales comunitarias para enfrentar el Coronavirus COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de Lic. En Enfermería, con un carácter interdisciplinario, sistémico, planificado, en estrecha interrelación profesor- estudiante, flexible y creativo, con su aplicación con la profesión, concretándose en actividades de estudio que sirvan de referencia no solamente a los profesores de estos años, sino al resto del personal docente que se desempeña en la docencia de la Educación Superior en la Carrera de Lic. En Enfermería.

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Los nuevos cambios en el ámbito, nacional y territorial plantea oportunidades inéditas para las proyecciones socioculturales comunitarias locales. En este trabajo se argumenta que el desarrollo sociocultural comunitario debe beneficiar a la sociedad y a la vez dotarla del conocimiento que permita atender las necesidades, económicas, sociales, políticas, para que todos los habitantes, se favorezcan con un alto nivel de calidad de vida.

Palabras claves: socioculturales comunitarias, formación inicial del futuro Lic. En Enfermería, coronavirus COVID-19

REFERENCIAS/ REFERENCES

1. Avila Ramírez, Dainier. (2018) Luz y color: Proyecto de promoción sociocultural de la pintura, contribución al desarrollo cultural de la comunidad El Batey. Tesis en opción al título académico de máster en desarrollo cultural comunitario.
2. La Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en 1992
3. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. VII Congreso del Partido Comunista de Cuba.
4. Macías, R. (2013). Diseño, Evaluación y Sistematización de Proyectos de Transformación Sociocultural Comunitaria. Revista Did@scalia, pp. 24-28. Las Tunas, Cuba.
5. _____ (2014). Trabajo Sociocultural Comunitario. Fundamentos epistemológicos, metodológicos y prácticos para su realización. Las Tunas: Editorial Académica Universitaria (EDACUN).
6. Guzón, A. (Comp.)(2006). Desarrollo local en Cuba. La Habana: Editorial Academia.
7. Cassiani SHB, otros. (2020) La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. Publica. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>.
8. Antoni Trilla (2020) Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO: El trabajo sociocultural comunitarias para enfrentar el CORONAVIRUS COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de licenciatura en enfermería 2023.

Autor/es: Mayde González Cruz¹, Orialis Milagros Salas Romero², Inés del Carmen Espinosa Vázquez³, Zailys Cómez Cruz⁴, Yunia Estela Domínguez Álvarez⁵

Centro de Trabajo: Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba

Mail de todos los autores: maydegc@ltu.sld.cu¹, orialisalas79@gmail.com², Zailysgomez@ltu.sld.cu³, Zailysgomez@ltu.sld.cu⁴

Resumen: **Fundamento:** El siglo XXI demanda cambios para la sociedad, el hombre se enfrenta a desafíos y retos que le imponen transformar su entorno sociocultural comunitario, donde no debe quedarse a tras la formación inicial del estudiante de medicina desde sus primeros años adquirir una cultura para poder enfrentar y prevenir la pandemia Covid 19.

Objetivo: Proponer actividades socioculturales comunitarias para enfrentar el Coronavirus COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de Lic. En Enfermería.

Métodos: Se utilizaron los métodos de nivel teórico entre ellos el histórico-lógico; para el estudio de los fundamentos teóricos que sustentan el trabajo sociocultural-comunitario y el origen, la evolución del Coronavirus COVID-19 a nivel internacional, nacional. análisis-síntesis; la revisión y procesamiento de la información bibliográfica que sirve de referente teórico y metodológico para la confección del posicionamiento científico a partir del cual se diseñaron las propuestas de actividades y de nivel empírico, Observación participante: se utilizó este método durante toda la investigación, desde el diagnóstico para contactar el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de Lic. En Enfermería.

en el trabajo sociocultural-comunitario para enfrentar el coronavirus Covid 19 en la Universidad de Las Tunas, Cuba, hasta la fundamentación de la propuesta de actividades. Entrevistas abiertas a profesores, directivos y estudiantes: para recoger las opiniones y criterios sobre el trabajo sociocultural-comunitario en la carrera de Lic. En Enfermería.

Resultados: Se enmarcaron en la propuesta de actividades socioculturales comunitarias para enfrentar el Coronavirus COVID-19 en el primer y segundo año de la carrera de Lic. En Enfermería, con un carácter interdisciplinario, sistémico, planificado, en estrecha interrelación profesor- estudiante, flexible y creativo, con su aplicación con la profesión, concretándose en actividades de estudio que sirvan de referencia no solamente a los profesores de estos años, sino al resto del personal docente que se desempeña en la docencia de la Educación Superior en la Carrera de Lic. En Enfermería.

Conclusión: Los nuevos cambios en el ámbito, nacional y territorial plantea oportunidades inéditas para las proyecciones socioculturales comunitarias locales. En este trabajo se argumenta que el desarrollo sociocultural comunitario debe beneficiar a la sociedad y a la vez dotarla del conocimiento que permita



atender las necesidades, económicas, sociales, políticas, para que todos los habitantes, se favorezcan con un alto nivel de calidad de vida.

Palabras claves: socioculturales comunitarias, formación inicial del futuro Lic. En Enfermería, coronavirus COVID-19

SUMMARY

Foundation: The XXI century it demands changes for the society, the man faces challenges and challenges that impose him trasformar his community sociocultural environment, where he should not stay to after the medicine student's initial formation from his first years to acquire a culture to be able to face and to prevent pandemic Covid 19.

Objective: To propose community sociocultural activities to face the Coronavirus COVID-19 in the first and second year of the career of Lic. En Enfermería.

Methods: The methods of theoretical level were used among them the historical-logical one; for the study of the theoretical foundations that you/they sustain the sociocultural-community work and the origin, the evolution of the Coronavirus COVID-19 at international, national level. analysis-synthesis; the revision and prosecution of the bibliographical information that it serves of relating theoretical and methodological for the making of the scientific positioning starting from which you/they were designed the proposal of activities and of empiric level, participant Observation: this method was used during the whole investigation, from the diagnosis to contact the level of knowledge that you/they possess the students of 1er and 2do year of the career of Lic. En Enfermería in the sociocultural-community work to face the coronavirus Covid 19 in the University of The Tunas, Cuba, until the foundation of the proposal of activities. You interview open to professors, directive and students: to pick up the opinions and approaches on the sociocultural work - community in the Lic. En Enfermería career.

Results: They were framed in the proposal of community sociocultural activities to face the Coronavirus COVID-19 in the first and second year of the career of medicines, with an interdisciplinary, systemic, planned character, in narrow interrelation professor - student, flexible and creative, with their application with the profession, being summed up in study activities that serve not only from reference to the professors of these years, but to the rest of the educational personnel that acts in the docencia of the Superior Education in the Career of Lic. En Enfermería.

Conclusion: The new changes in the environment, national and territorial it outlines unpublished opportunities for the local community sociocultural projections. In this work one argues that the community sociocultural development should benefit to the society and at the same time to endow it of the knowledge that allows to assist the necessities, economic, social, political, so that all the inhabitants are favored with a high level of quality of life.

Key words: sociocultural community, initial formation of the future prescribes, coronavirus COVID-19

INTRODUCCIÓN

La exigencia que demanda la formación inicial del Lic. En Enfermería desde su concepción integral y en estrecho vínculo con los procesos sustantivos, la formación, la investigación y la extensión universitaria demanda una participación sistemática y activa de estudiantes y profesores en proyectos socioculturales-comunitarios y en general, el vínculo de la universidad de ciencias médicas con programas sociales de envergadura, fortalecen esa labor y propician un clima favorable en el logro de los objetivos trazados para la formación integral del futuro Lic. En Enfermería. El papel que juga en su modo de actuación en la comunidad el futuro profesional. La necesidad de realizar actividades encaminadas a enfrentar el coronavirus Covid 19 para así elevar la calidad de vida de la población. Es por esto que en condiciones tan difíciles para la humanidad conocer aspectos socioculturales comunitarios constituye el eje central de este artículo.

Esto implica que la Universidad de Ciencias Médicas debe integrarse desde la perspectiva de la misión de la universidad moderna en la formación del pregrado y el posgrado del Lic. En Enfermería, como única institución social que preserva desarrolla y promueve la cultura, por lo que le corresponde el papel



privilegiado de ser la institución social que mas integralmente promueva los procesos sustantivos desde la formación inicial.

En este contexto de formación inicial del futuro Lic. En Enfermería en los procesos socioculturales debe entenderse desde el punto de vista dialéctico materialista en el contexto de sociedad, cultura e ideología. De igual modo la verdadera formación supone además, que el profesional sea un promotor de la cultura de su profesión.

En todas estas exigencias para la formación inicial desde el plan de estudio y el modelo del profesional de esta carrera permiten darle salida desde los contenidos de las disciplinas y asignatura con su articulación con la disciplina principal integradora, su vinculo a proyectos socioculturales-comunitarios.

Por lo que desde esta formación inicial se debe lograr la relaciones sociedad-grupo-individuo, a nivel de la comunidad, donde se concreta en el hecho de que cada individuo recibe la cultura a través de su realidad más inmediata y, a la vez, ofrece su desempeño social, en el cual restituye su reflejo particular de los sistemas sociales en que está inmerso, al mismo tiempo que actúa sobre su hacer cotidiano. De ahí que la comunidad haya constituido un escenario inevitable y trascendente en el devenir histórico del ser humano y en los procesos de construcción.

Investigadores abordan el término de La cultura en su sentido más amplio, sin reducirla a lo puramente artístico; es una condición de la existencia social del hombre, un proceso integral e integrador, de avances y retrocesos, de expresión de las contradicciones de la vida cotidiana. A su vez es una “organización social de sentidos”, que da pautas de significados, o “dotación de sentidos”, “representación simbólica” para comprender, reproducir, organizar y transformar la realidad. En resumen, como objetivación y subjetivación de la práctica humana que incluye por supuesto la reflexión sobre las vivencias de la experiencia y producción colectiva.

Desde el VII Congreso del Partido Comunista de Cuba pauta entre las directrices principales para el trabajo sociocultural comunitario, (113, 114, 115,117, 122, 134,154, 156, 159,163 y 166). Todo lo trazado en los lineamientos del partido y la conferencia ha servido para favorece el trabajo sociocultural-comunitario y trazarse directrices para perfeccionar dicho trabajo e involucrar a las entidades y universidades en las localidades.

El trabajo sociocultural-comunitario es un proceso de transformación de las condiciones socioculturales y de las relaciones sociales, en los espacios comunitarios, mediante el desarrollo de una cultura y un estilo participativo que involucra la acción integrada de la mayor diversidad de actores sociales, en la generación de los procesos de cambios encaminados a elevar la calidad de vida. Macías Reyes (2015)

Por lo que es importante desde la concepción dada por la doctora Macías Reyes y las exigencias de la Educación Superior en Cuba, el trabajo sociocultural-comunitario desde la formación inicial de los médicos, su vinculación con problemas profesionales e imbricación desde las disciplinas y asignatura a partir de una planificación, organización, ejecución y evaluación.

Por lo que es trascendental que se logre desde la carrera de Lic. En Enfermería una imbricación universidad, trabajo sociocultural-comunitario en los estudiantes desde sus primeros años, para que puedan conocer y familiarizarse con los principales problemas de salud que son propios de esta profesión.

Si se aborda la importancia del trabajo sociocultural comunitaria no podemos sentirnos ajenos que lo ocurrido a finales del año pasado donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer al mundo el azote de una pandemia COVID-19 causada por el virus emergente SARS-CoV-2 que había infectado alrededor de 1 millón 700 mil personas en más de 180 países de todos los continentes, ha causado más de 102 000 muertes (1,2). Desde la confirmación del primer caso a finales de diciembre del 2019 en China (3), hasta los tres primeros meses de la pandemia, esto cambios al mundo. En los cuales no podemos sentirnos ajenos ante tal situación.

Lo anterior llevó a los autores a la necesidad de buscar mediante la actividad científica, soluciones viables a las limitación señalada. En el artículo se presentan propuesta un algorismo para el trabajo socioculturales comunitarias para enfrentar el Coronavirus Covid-19 en el 1er y 2do año de la carrera de Lic. En Enfermería,



con el logro de contribuir a la unificación armónica del cumplimiento de los procesos sustantivos universitarios en la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba en correspondencia con el modelo de formación aprobado por el Ministerio de Educación Superior y a valorar las transformaciones en el desarrollo local como aplicación práctica.

MATERIALES Y MÉTODOS

En propuesta desarrollada por un colectivo de profesores de la Universidad de Ciencias Médicas en la Provincia de Las Tunas, se asumió la posición dialéctico-materialista, para revelar las relaciones entre la Universidad de Ciencias Médicas y el trabajo sociocultural comunitario y se orientó la lógica investigativa con la combinación de los métodos del nivel teórico y empírico.

Los métodos del nivel teórico el histórico-lógico; para el estudio de los fundamentos teóricos que sustentan el trabajo sociocultural-comunitario y el origen, la evolución del Coronavirus COVID-19 a nivel internacional, nacional. análisis-síntesis; la revisión y procesamiento de la información bibliográfica que sirve de referente teórico y metodológico para la confección del posicionamiento científico a partir del cual se diseñaron las propuesta de actividades y

Se emplearon los métodos del nivel empírico: Observación participante: se utilizó este método durante toda la investigación, desde el diagnóstico para contactar el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de Medicina en el trabajo sociocultural-comunitario para enfrentar el coronavirus Covid 19 en la Universidad de Las Tunas, Cuba, hasta la fundamentación de la propuesta de actividades. Entrevistas abiertas a profesores, directivos y estudiantes: para recoger las opiniones y criterios sobre el trabajo sociocultural- comunitario en la carrera de Lic. En Enfermería.

Se siguieron los criterios recomendados por Varios autores relacionadas con el trabajo sociocultural comunitario entre los que se encuentran: Guzón (2006), Macías Reyes (2011 a 2019), Ávila Ramírez. (2018), los que declaran la dimensión sociocultural como un proceso de desarrollo comunitario, comprendidos como práctica social transformadora.

Estos aporten han enriquecido la teoría y la práctica, desde una concepción general, visto como la suma de los conceptos que conforman el término. Por una parte, se hace necesario realizar aportes desde el trabajo sociocultural-comunitario en la carrera de Lic. En Enfermería, desde los primeros años con la vinculación de los contenidos dados en asignaturas de ciencias básicas.

Deriche, Redondo estableciendo tres parámetros para el desarrollo cultural:

- Estar orientado desde una concepción amplia de cultura que incluya la conservación, restauración y puesta en valor del patrimonio cultural.
- Incorporar el respeto, defensa y potenciación de la identidad cultural sobre la base del reconocimiento de la unidad y diversidad culturales.
- Ser endógeno, autocentrado y basado en un principio de equidad, cuyo objetivo básico sea la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población, ajustada a sus potencialidades y posibilidades.

Son múltiples las definiciones de comunidad referidas en la literatura, algunas de ellas en las que se valorizan los elementos de construcción de subjetividad. La comunidad mediatiza la influencia de la sociedad en general e influye en la formación y desarrollo de las características de cada persona ya que cada personalidad, como expresión singular de esa subjetividad, es construida en ella, en los vínculos e interrelaciones que se desarrollan en su seno.

La Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en 1992 se logran acuerdos y convenios sobre el cambio climático, la desertificación y la deforestación, así como una Estrategia de acción- Agenda 21- que lograba enlazar y tratar los asuntos ambientales y del desarrollo. Se promueve la consigna “actúa local para actuar global” en referencia a la necesidad de contemplar la sostenibilidad a todos los niveles. Los principios proclamados en la Declaración de Río son:

El hombre como centro del desarrollo sostenible, acceso a una vida saludable y productiva.



Aprovechamiento de recursos propios según políticas ambientales y de desarrollo.
Desarrollo sostenible como protección del medioambiente.
Refuerzo de capacidades endógenas unido al desarrollo de conocimientos científicos.
Participación de todos.
Medidas legislativas eficaces.

Estos acuerdos aunque muchos de ellos no se cumplen en los países subdesarrollados en Cuba se luchan por hacer cada día más por el desarrollo, tal es así que el país ha implementado un grupo de medidas para enfrentar la pandemia del coronavirus (COVID-19). que afecta a la humanidad.

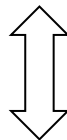
En el libro Desarrollo sostenible y sus retos (2006, p 21) Ayes plantea la existencia de cinco fundamentos de la educación para el desarrollo sostenible:

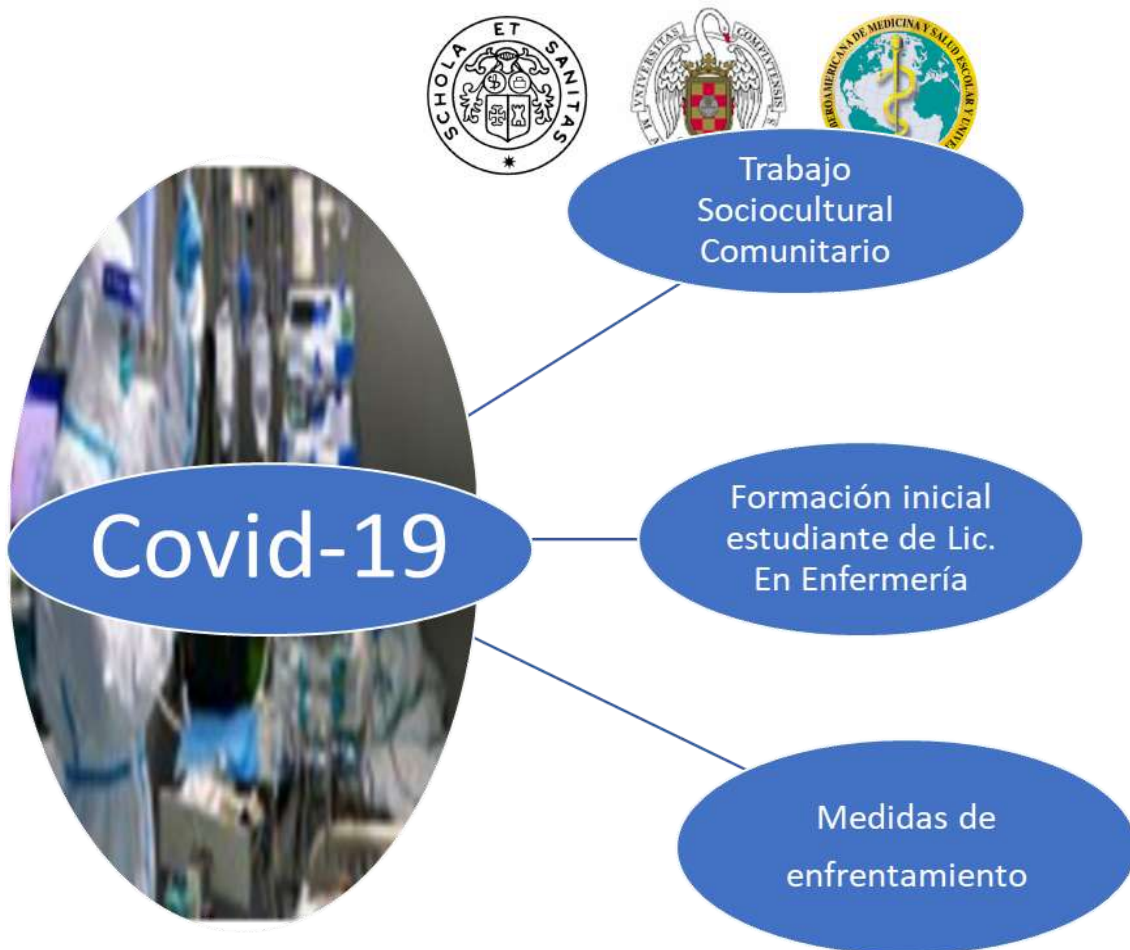
- Aprender a conocer: educar en el precepto de que la educación termina con la vida y la necesidad de que el alargamiento de esa vida no afecte a otras generaciones.
- Aprender a hacer: necesidad de dominar los conocimientos prácticos y las habilidades que nos permitan enfrentar los problemas del desarrollo sostenible.
- Aprender a ser: formación de una nueva forma de pensar y actuar para transformar la sociedad.
- Aprender a convivir: necesidad no solo de tolerancia, sino de respeto a la diversidad, a la influencia del hombre en su colectividad y de esta en el desarrollo individual.
- Aprender a emprender: es desarrollar el espíritu por la búsqueda creativa, por la originalidad, la innovación en la búsqueda de los problemas cotidianos.

Dos claves básicas para lograr que un futuro profesional sea capaz de transformar su entorno y a la vez contribuir con su formación.

- Por la educación y la cultura para materializarlo en la sociedad.
- Socialización de los conocimientos en el entorno universitario y comunitario.

Esquema1. La dinámica del trabajo sociocultural comunitario para enfrentar el Coronavirus Covid-19 en la Carrera de Medicinas.





Esta dinámica permite que desde una correcta orientación y en estrecha relación con los procesos sustantivos universitarios, el dominio del conocimiento del trabajo sociocultural-comunitario y del Virus COVID-19 se logre con éxito la integralidad de los estudiantes para enfrentar los retos en su futura profesión.

La Universidad de Medicina requiere ampliar notablemente los espacios de formación, los espacios de aprendizaje, aproximándolos lo más posible a los escenarios de vida y trabajo de las personas. Es difícil imaginar un crecimiento significativo del acceso si la universidad no se extiende hacia la sociedad, por eso la Universidad de Medicina en un proceso que requiere una amplia participación social y ocupa un lugar de privilegio en la contribución al desarrollo sociocultural comunitario, basado en el conocimiento, donde el aprendizaje social esté en el centro de atención.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Con la propuesta de actividades socioculturales comunitarias para enfrentar el coronavirus covid-19 en el primer y segundo año de la carrera de medicinas por los investigadores, se logró evidenciar la factibilidad de la influencia de la Universidad de Ciencias Médicas en el desarrollo local, en las condiciones particulares del enfrentamiento al coronavirus Covid-19.

Las actividades que se proponen en este trabajo son el resultado de las experiencias de las autoras y de la consulta de fuentes actualizadas que refieren la necesidad de lograr un trabajo sociocultural-comunitario para enfrentar el Covid-19 en la formación inicial de los futuros Lic. En Enfermería, lo que exigen brindar diferentes posturas para esta profesión a partir de aprovechar sus potencialidades.

Técnicas de aprendizaje para aplicar a los estudiantes

Estas son algunas de las técnicas para aplicar las estudiantes de 1er y 2do año de la carrera de Lic. En Enfermería, donde se desarrollaron los talleres el trabajo sociocultural comunitarias para enfrentar el



Coronavirus Covid-19 en el primer y segundo año de la carrera de Lic. En Enfermería, su importancia para su formación.

Objetivo: conocer criterios de los estudiantes sobre el trabajo sociocultural comunitario para enfrentar el Coronavirus Covid-19 en el primer y segundo año de la carrera de Lic. En Enfermería, su importancia para su formación, al tener en cuenta lo aprendido.

Técnica 1 Lluvia de ideas.

El profesor propone las palabra “sociocultural” y “Comunitario” y hace un breve comentario sobre ella. Cada estudiante debe escribir una frase que se relacione con esa palabra, sin que aparezca literalmente. A partir de esas frases, se hace una pequeña contextura que refiera el significado de lo sociocultural.

Técnica 2 Sigue con la comunidad.

El profesor presenta 3 imagines digitales de diferentes tipos de comunidades tuneras en la que se han realizado trabajos con estudiantes en los consultorios médicos y factores de la comunidad, los estudiantes debe evaluar cuál de estas comunidades esta mas carente la atención medico.

- Evaluándolo en tres escalas.
- Alto nivel de atención de Enfermería.
- Medio nivel de atención de Enfermería.
- Bajo nivel de atención de Enfermería.

Técnica 3 Como quiero transforma mi comunidad cuando sea un Licenciado de Enfermería de la familia.

El profesor propone diferentes situaciones en audiovisuales de comunidades y el trabajo mancomunado por los factores de la misma donde involucra al médico de la familia, enfermero, los estudiantes deben comentar con elementos del conocimiento lo observado y llevarlo a plano de su formación.

Lo reflejaran de la siguiente manera:

1. Me siento identificado con la situación 1. ¿Exponen el por qué?
2. Me siento identificado con la situación 2. ¿Exponen el por qué?
3. Me siento identificado con la situación 3. ¿Exponen el por qué?

Encada caso se procede al debate y a la vinculación con lo aprendido en las asignatura recibidas en su formación inicial.

Técnica 4 El mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. Completa la historia.

El profesor propone una historia que deja inconclusa y que los estudiantes deben completar.

La situación tan extraordinaria que estamos viviendo como consecuencia de la pandemia de COVID-19 es solo comparable, salvando las distancias, a la que hace poco más de un siglo padeció el mundo con la de gripe de 1918. Los efectos que ha producido el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en todos los países son de enorme gravedad desde los puntos de vista clínico, económico y social.



Al concluir deben leerse algunos materiales que aparezcan criterios científicos del Covid-19 y seleccionar la más completa sobre la base de los siguientes criterios: Los **coronavirus** son una serie de virus llamados así por su forma, ya que tienen una especie de **corona** (como la de un reloj) alrededor del virión, del 'núcleo' del virus. Estos organismos conviven con el ser humano desde siempre, y hay muchos tipos de ellos, tanto **animales** como humanos.

Sin embargo, el primer análisis comparativo de esta nueva enfermedad determinó que el 2019-nCov (nombre provisional del virus que finalmente fue denominado **SARS-CoV-2**), era "suficientemente distinto" de las otras dos betas coronavirus de gravedad detectados en humanos, el **SARS** y el **MERS**, para ser considerado como una nueva enfermedad: el **Covid-19**.

Después de realizado la propuesta para realizar el trabajo sociocultural comunitarias para enfrentar el Coronavirus Covid-19 en el primer y segundo año de la Carrera de Lic. En Enfermería se debe socializar con el resto de los colectivos de años para la corroboración de la factibilidad de los principales aportes de esta investigación, los resultados positivos se socializarán en jornadas científicas estudiantiles y en eventos nacionales e internacionales, lo propuesto no es un esquema de fuerza puede ser enriquecido con nuevas experiencias.

CONCLUSIONES

Las visiones diversas que sobre el trabajo socioculturales comunitarias para enfrentar el Coronavirus Covid-19 en el primer y segundo año de la Carrera de Lic. En Enfermería, imponen un proceso de renovación y actualización de los sistemas de conocimientos y habilidades sobre el tema, despojado de imposiciones y tradicionalismos, para así llevar a vías de hecho una formación más pertinente a las demandas de las sociedades actuales a nivel mundial, nacional y territorial, hacer que los procesos sustantivos universitarios sean un aprendizajes mutuos y construcción colectiva, entre los estudiantes y los profesores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Avila Ramírez, Dainier. (2018) Luz y color: Proyecto de promoción sociocultural de la pintura, contribución al desarrollo cultural de la comunidad El Batey. Tesis en opción al título académico de máster en desarrollo cultural comunitario.
2. La Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro en 1992
3. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. VII Congreso del Partido Comunista de Cuba.
4. Macías, R. (2013). Diseño, Evaluación y Sistematización de Proyectos de Transformación Sociocultural Comunitaria. Revista Did@scalia, pp. 24-28. Las Tunas, Cuba.
5. _____ (2014). Trabajo Sociocultural Comunitario. Fundamentos epistemológicos, metodológicos y prácticos para su realización. Las Tunas: Editorial Académica Universitaria (EDACUN).
6. Guzón, A. (Comp.)(2006). Desarrollo local en Cuba. La Habana: Editorial Academia.



7. Cassiani SHB, otros. (2020) La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. Publica. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>.
8. Antoni Trilla. (2020) Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Retos y desafíos: implicancia del acoso escolar y ciberbullying desde una perspectiva bibliográfica.

Autor/es: Ever Daniel Cáceres Rolín & Valentín Martínez-Otero Pérez

Centro de Trabajo: Facultad de Educación-Centro de Formación del Profesorado de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Mail de todos los autores: everc202@gmail.com

valenmop@edu.ucm.es

Resumen:

Esta investigación, se refiere a un estudio bibliográfico sobre la implicancia del acoso escolar y ciberacoso en el ámbito educativo como una problemática actual y de alta relevancia que no se puede soslayar en los centros escolares; constituye, un desafío para el profesorado, directivo, comunidad educativa y autoridades que administran la educación. Se debe involucrar a todos los responsables de la educación con inteligencia y asertividad para erradicar o minimizar los efectos de acoso escolar y ciberacoso en el alumnado partiendo de la vivencia de valores y el respeto a la dignidad humana. El objetivo fue determinar la implicancia del acoso escolar “bullying” y ciberacoso “ciberbullying” desde una perspectiva bibliográfica. La metodología utilizada corresponde al enfoque cualitativo de alcance bibliográfico; primeramente, se realizó una búsqueda teniendo en cuenta las siguientes categorías: concepto de acoso escolar y ciberacoso, características, tipos, perfiles de los intervinientes y estrategias de intervención. La búsqueda bibliográfica se realizó mediante los siguientes criterios de inclusión: conceptos centrados en acoso escolar “bullying”, “ciberbullying; búsqueda en artículos científicos de la biblioteca UCM, buscador Cisne, Dialnet, Google académico; libros físicos obtenidos de la biblioteca UCM y documentos publicados por entidades como la UNESCO, Unicef y otras publicaciones fiables y objetivas. Los criterios de exclusión fueron, no incluir publicaciones sobre acoso que no respondan al ámbito educativo y las dimensiones establecidas; informaciones sin rigurosidad científica fueron excluidos, como sin nombres y sin fecha de publicación o de origen dudoso. Los principales resultados indican que el acoso escolar, es un fenómeno complejo social, familiar y personal; preocupante y multicausal, que se puede definir como una persecución física, psicológica y de exclusión social, de violencia prolongada y periódica que altera la estabilidad emocional psíquica de la víctima, llevada a cabo por un alumno o varios alumnos contra otro un compañero que no puede defenderse por sí mismo. El ciberbullying, constituye una problemática que se puede considerar aún más grave, por la complejidad del tipo de maltrato, donde se realiza en forma online y el agresor se oculta detrás de internet que aumenta la angustia de la víctima y traspasa la privacidad del hogar y el ataque se da a través de las redes sociales o cualquier otro medio tecnológico. En cuanto a la estrategia de intervención, se pudo identificar el programa KiVa, que tiene como filosofía la aplicación de diversas actividades, pero, se destaca el preventivo y la intervención de manera integral cuando se presenta un acoso escolar en la institución.

Palabras clave: acoso escolar, bullying, ciberbullying, violencia escolar, intervención.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Retos y desafíos: implicancia del acoso escolar y cyberbullying desde una perspectiva bibliográfica

Ever Daniel Cáceres Rolín everc202@Gmail.com Valentín Martínez-Otero Pérez valenmop@edu.ucm.es

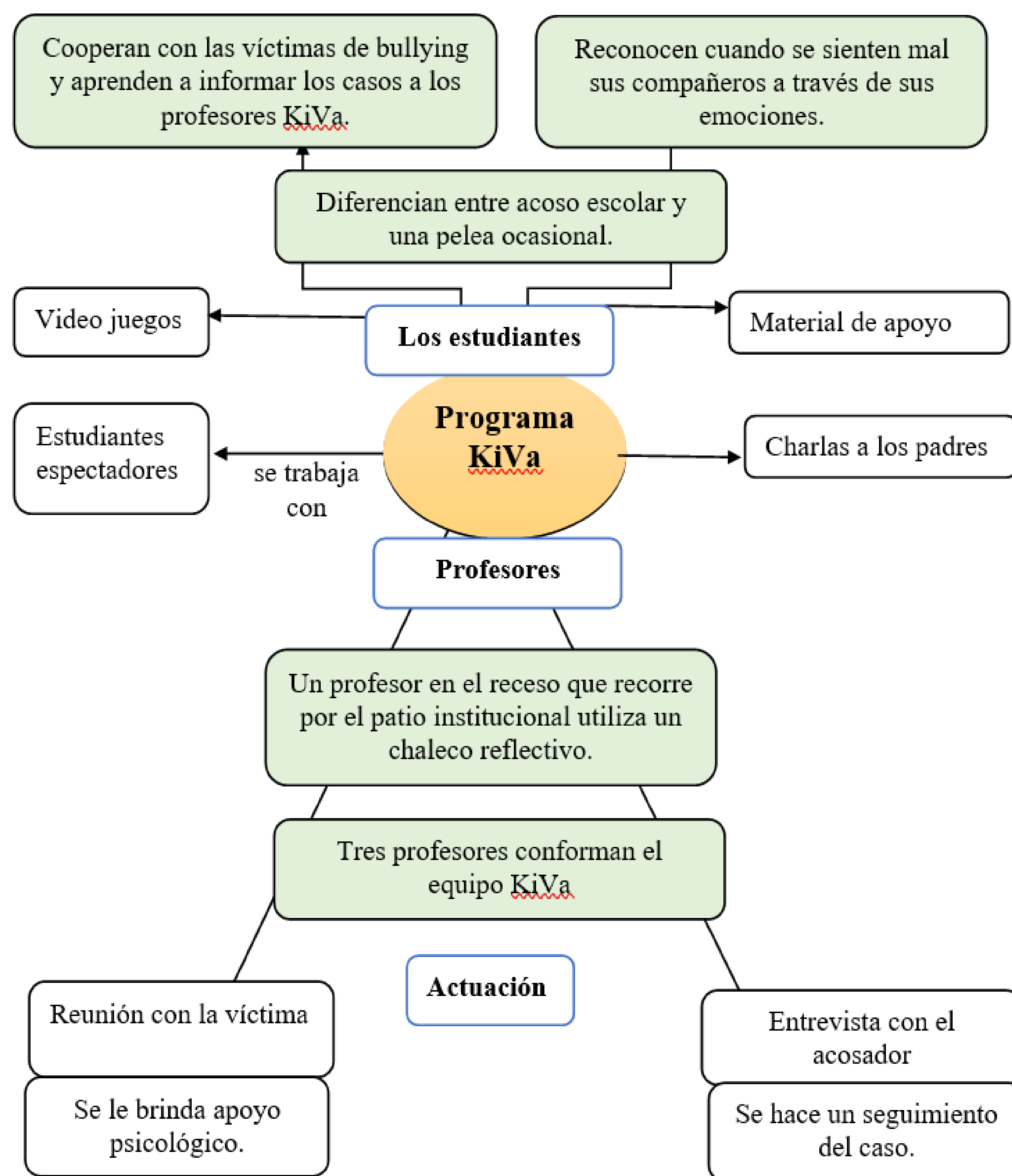
OBJETIVOS/ OBJETIVES

Determinar la implicancia del acoso escolar y cyberbullying desde una perspectiva de la investigación bibliográfica.

REVISIÓN/ REVIEW

Esta investigación, se refiere a un estudio bibliográfico sobre la implicancia del acoso escolar y cyberbullying en el ámbito escolar como una problemática actual y de alta relevancia que no se puede soslayar en los centros escolares; constituye, un desafío para el profesorado, la dirección, la comunidad educativa y las autoridades responsables de la administración educativa. Se debe involucrar a todos los responsables de la educación con inteligencia y asertividad para erradicar o minimizar los efectos de bullying y cyberbullying en el alumnado partiendo de la vivencia de valores y el respeto a la dignidad humana. El acoso escolar se define “como una persecución física o psicológica intencionada y continua que recibe un alumno por parte de otro u otros” (Martínez-Otero, 2017, p. 278). La Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar ([A.E.P.A.E], 2024), define el acoso escolar como maltrato psicológico, verbal o físico que acontece entre escolares de forma reiterada, dentro del aula o por medio de las redes sociales. La intervención en casos de acoso escolar implica cuatro estamentos: el agresor, que tiende a dañar desde una posición de control y superioridad; la víctima, que no puede defenderse por sí misma; los observadores, que pueden actuar como cómplices o colaboradores; y el profesorado, cuya intervención es de vital importancia para la prevención de cualquier forma de maltrato (Blanchard y Muzas, 2007). En cuanto al ciberacoso, la última década ha visto el surgimiento de nuevas herramientas digitales que, aunque ofrecen ventajas, también presentan desventajas en el ámbito académico, especialmente debido al mal uso de las redes sociales por parte de los jóvenes. Es fundamental “la implementación de estrategias para su prevención, identificación, control y eliminación, entendiendo que el acoso escolar un fenómeno complejo y social, que requiere de la participación de un equipo multidisciplinario” (Páez Esteban et al., 2020, p. 12).

Figura. Método anti bullying KiVa



Nota: Elaboración propia, a partir de las informaciones obtenidas (Hernández de Frutos & O'Reilly, 2015, p. 464-465).

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

El acoso escolar, o “bullying”, es un fenómeno complejo que abarca dimensiones sociales, familiares y personales. Es una problemática preocupante y multicausal, que implica la persecución verbal, física y psicológica, así como la exclusión social; genera violencia prolongada que afecta la estabilidad emocional y psíquica de la víctima. Este acoso es perpetrado por uno o varios alumnos contra un compañero que no puede defenderse. El ciberacoso representa una problemática muy grave debido a la complejidad del maltrato en línea. En este caso, el agresor se oculta detrás de la pantalla, lo que intensifica la angustia de la víctima y traspasa la privacidad del hogar. En cuanto a las estrategias de intervención, se ha identificado como significativa el programa KiVa, que implementa diversas actividades. Este programa destaca por su enfoque preventivo y por la intervención integral cuando se presenta

REFERENCIAS/ REFERENCES

Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar. (2024). Acoso escolar. <https://aepae.es/acoso-escolar>

Blanchard, M., y Muzas, E. (2007). Orientación y tutoría. Acoso Escolar. Desarrollo Prevención herramientas de trabajo. NARCEA, S.A. Ediciones.

Hernández de Frutos, T., & O'Reilly, M. B. (2015). Investigación sobre la delincuencia y el bullying escolar en España: Teoría, evolución y tendencias. Tirant Humanidades.

Martínez-Otero, V. (2017). Acoso y ciberacoso en una muestra de alumnos de educación secundaria. *Revista de Curriculum y Formación de Profesorado*, 21(3). 277-298

Páez Esteban, A. N., Ramírez Cruz, M. A., Campos De Aldana, M. S., Duarte Bueno, L. M., & Urrea Vega, E. A. (2020). Prevalencia y factores asociados con el acoso escolar en adolescentes. *Revista Cuidarte*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1000>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Retos y desafíos: implicancia del acoso escolar y ciberacoso desde una perspectiva bibliográfica.

Autor/es: Ever Daniel Cáceres Rolín & Valentín Martínez-Otero Pérez

Centro de Trabajo: Facultad de Educación-Centro de Formación del Profesorado de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Mail de todos los autores: everc202@gmail.com

valenmop@edu.ucm.es

Resumen:

Esta investigación, se refiere a un estudio bibliográfico sobre la implicancia del acoso escolar y ciberacoso en el ámbito educativo como una problemática actual y de alta relevancia que no se puede soslayar en los centros escolares; constituye, un desafío para el profesorado, directivo, comunidad educativa y autoridades que administran la educación. Se debe involucrar a todos los responsables de la educación con inteligencia y asertividad para erradicar o minimizar los efectos de acoso escolar y ciberacoso en el alumnado partiendo de la vivencia de valores y el respeto a la dignidad humana. El objetivo fue determinar la implicancia del acoso escolar “bullying” y ciberacoso “ciberbullying” desde una perspectiva bibliográfica. La metodología utilizada corresponde al enfoque cualitativo de alcance bibliográfico; primeramente, se realizó una búsqueda teniendo en cuenta las siguientes categorías: concepto de acoso escolar y ciberacoso, características, tipos, perfiles de los intervinientes y estrategias de intervención. La búsqueda bibliográfica se realizó mediante los siguientes criterios de inclusión: conceptos centrados en acoso escolar “bullying”, “ciberbullying; búsqueda en artículos científicos de la biblioteca UCM, buscador Cisne, Dialnet, Google académico; libros físicos obtenidos de la biblioteca UCM y documentos publicados por entidades como la UNESCO, Unicef y otras publicaciones fiables y objetivas. Los criterios de exclusión fueron, no incluir publicaciones sobre acoso que no respondan al ámbito educativo y las dimensiones establecidas; informaciones sin rigurosidad científica fueron excluidos, como sin nombres y sin fecha de publicación o de origen dudoso. Los principales resultados indican que el acoso escolar, es un fenómeno complejo social, familiar y personal; preocupante y multicausal, que se puede definir como una persecución física, psicológica y de exclusión social, de violencia prolongada y periódica que altera la estabilidad emocional psíquica de la víctima, llevada a cabo por un alumno o varios alumnos contra otro un compañero que no puede defenderse por sí mismo. El ciberbullying, constituye una problemática que se puede considerar aún más grave, por la complejidad del tipo de maltrato, donde se realiza en forma online y el agresor se oculta detrás de internet que aumenta la angustia de la víctima y traspasa la privacidad del hogar y el ataque se da a través de las redes sociales o cualquier otro medio tecnológico. En cuanto a la estrategia de intervención, se pudo identificar el programa KiVa, que tiene como filosofía la aplicación de diversas actividades, pero, se destaca el preventivo y la intervención de manera integral cuando se presenta un acoso escolar en la institución.

Palabras clave: acoso escolar, bullying, ciberbullying, violencia escolar, intervención.



Introducción

Esta investigación, se refiere a un estudio bibliográfico sobre la implicancia del acoso escolar y ciberacoso en el ámbito escolar como una problemática actual y de alta relevancia que no se puede soslayar en los centros escolares; constituye, un desafío para el profesorado, la dirección académica, la comunidad educativa y las autoridades responsables de la administración educacional. Se debe involucrar a todos los responsables de la educación con inteligencia y asertividad para erradicar o minimizar los efectos de bullying y cyberbullying en el alumnado partiendo de la vivencia de valores y el respeto a la dignidad humana. El bullying se define “como una persecución física o psicológica intencionada y continua que recibe un alumno por parte de otro u otros” (Martínez-Otero, 2017, p. 278).

La Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar [A.E.P.A.E], (2024), define el acoso escolar como maltrato psicológico, verbal o físico que acontece entre escolares de forma reiterada, dentro del aula o por medio de las redes sociales. La intervención en casos de bullying implica cuatro estamentos: el agresor, que tiende a dañar desde una posición de control y superioridad; la víctima, que no puede defenderse por sí misma; los observadores, que pueden actuar como cómplices o colaboradores; y el profesorado, cuya intervención es de vital importancia para la prevención de cualquier forma de maltrato (Blanchard y Muzas, 2007). En cuanto al ciberacoso, en la última década se ha visto el surgimiento de nuevas herramientas digitales que, aunque ofrecen ventajas, también presentan desventajas en el ámbito académico; especialmente, debido al mal uso de las redes sociales por parte de los jóvenes. Es fundamental “la implementación de estrategias para su prevención, identificación, control y eliminación, entendiendo que el acoso escolar es un fenómeno complejo y social, que requiere de la participación de un equipo multidisciplinario” (Páez Esteban et al., 2020, p. 12).

Acoso escolar “bullying”

El origen del término bullying deriva del inglés "bull" que significa toro. Por lo que se puede definir como la “actitud de actuar como un toro en el sentido de pasar por sobre otro u otros sin contemplaciones” (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2017, p. 2). Es importante entender que en España el acoso escolar, se define como maltrato, acoso o exclusión social entre escolares. En Europa se inició el análisis y estudio de este término desde la década del 70’ del siglo pasado; un maltrato se puede considerarse “bullying” a partir, de tres características que se debe dar en un contexto determinado escolar y ellos son: repetición en el tiempo, desequilibrio de poder y la intención de agredir a la víctima. Estas situaciones lamentablemente convergen y se puede afirmar que estamos frente a un caso de “bullying” o acoso escolar (Calmaestra et al., 2016).

Es importante saber, que el acoso escolar se realiza en un contexto educativo o fuera de la misma donde se ven involucrados los estudiantes que actúan desde distintas posiciones o posturas, como agresor, que se refiere a la persona que realiza el maltrato; el acosado, sería la víctima quien no puede defenderse por sí misma y los observadores quienes actúan en ocasiones como cómplices.

Al respecto de la definición del término “bullying” se puede entender “como una persecución física o psicológica intencionada y continua que recibe un alumno por parte de otro u otros” (Martínez-Otero Pérez, 2017, p. 278). El daño psicológico, físico y la exclusión social que se da en forma periódica y prolongada, altera la estabilidad emocional psíquica del estudiante que repercute directamente en su rendimiento académico y que queda en un segundo plano sus deberes como educando; pero, la problemática en sí traspasa a la familia, y por ende a la comunidad educativa.

La Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar ([A.E.P.A.E], 2024) en su página web define el acoso escolar como una forma maltrato psicológico, verbal o físico que se da entre escolares en forma reiterada, dentro del aula o por medio de las redes sociales. El avance de la tecnología en la vida del ser humano ha facilitado a pasos agigantado el acceso a la información de manera rápida, casi instantánea; el hombre puede ver e informarse de lo que ocurre en el mundo en forma automática, realizar negocios, estudiar en forma online o realizar compras, la sociedad es caracterizada el avance de la ciencia y la tecnología sin precedente. Pero, esta realidad virtual tiene sus desventajas, muchas veces, la mala utilización de las herramientas tecnológicas,



especialmente por parte de los jóvenes, como el uso excesivo de las redes sociales influyen de manera negativa en su desarrollo y crecimiento normal e integral.

Ciberacoso o “ciberbullying”

Una de las problemáticas que se enfrenta las instituciones educativas es el ciberacoso o “ciberbullying” que se define como el “Fenómeno de acoso escolar que ha traspasado las relaciones sociales cara a cara para trasladarse a internet y a las redes sociales, bien como herramienta de refuerzo del acoso ocurrido en las aulas o como realizado en forma anónima” (Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar, 2024, párr. 1). Por lo tanto, los padres como el directivo y el profesorado, deben atender esta realidad que ocurre con frecuencia y en muchos casos no se detecta con facilidad porque, el estudiante (víctima) generalmente, no quiere hablar ya sea por amenaza o miedo a represalia. Ahí, es el momento que debe estar presente la capacidad, la pericia necesaria del profesorado para identificar el sufrimiento del estudiante para poder iniciar la ayuda involucrando esencialmente a la familia, al directivo y a seguir la normativa vigente institucional y las leyes contra el acoso escolar en tiempo y forma.

Por otra parte, se puede afirmar que el acoso escolar en gran medida, es producto de una sociedad en decadencia en cuanto a la vivencia de valores, como el respeto, la empatía, la responsabilidad, el compañerismo y entre otros valores; especialmente, estos problemas surgen en el seno familiar donde los hijos visualizan distintos tipos de violencias en muchos hogares, como resultado el “Acoso escolar es el reflejo de una serie de prácticas violentas con las que los alumnos conviven en la vida cotidiana en sus diferentes espacios de interacción social”(…) (Calderón Guerrero, 2020). En la misma línea, otros investigadores han puesto en relieve que la violencia escolar conforma un grave problema social que en los últimos años ha aumentado en forma considerable y conlleva consecuencias en el ámbito escolar y repercute en el sector social (Stuart y José, 2014; citado en García-Fernández et al., 2015).

En coincidencia con los mencionados en los párrafos anteriores, que el acoso escolar se vincula directamente con las problemáticas sociales y tiende a ser un desafío complejo para el profesorado, entonces, se puede afirmar que tratar de entender la implicancia del concepto de acoso escolar o “bullying”, no es una tarea fácil, pero, es importante hacer este análisis minucioso de cada concepto encontrado en la literatura y con arreglo poder lograr definir con la mayor claridad posible, en ese sentido, “El acoso escolar es un fenómeno social, complejo y multifactorial, que hace referencia a la exposición de diferentes formas de maltrato de forma repetitiva, sistemática e intencionada”(Páez Esteban et al., 2020) y que se desarrolla dentro de un ambiente escolar.

La práctica del respeto, el compañerismo y la responsabilidad de los adolescentes y jóvenes, deben surgir en los albores o génesis de la propia familia y que deben ser ampliado y conectado por las instituciones escolares con ejemplos de los profesores, directivos y la comunidad educativa mediante la vivencia de valores como la sensibilidad hacia los demás miembros del contexto educativo y social.

Por otra parte, los jóvenes necesitan ser escuchados por los adultos, menos comunicación virtual a través de las redes sociales y más comunicación directa a través del diálogo sincero, humanista y real para fortalecer de manera significativa la buena convivencia entre los adolescentes y los demás miembros de la comunidad educativa y de tal forma disminuir el acoso escolar y “ciberbullying”.

El avance de la tecnología en la última década se da a pasos agigantados a medida que pasan los años y con el surgimiento de las nuevas herramientas digitales que tiene sus ventajas y desventajas en el ámbito académico; especialmente, cuando hablamos de las redes sociales; porque, los jóvenes utilizan en forma excesiva en muchos casos perjudicándolos en sus relaciones interpersonales. En ocasiones se cometen ciberacoso que hace referencia a la agresión repetida que se da a través de los medios digitales, existen distintas formas: acoso relacional o basado en imágenes; reacciones de enfrentamientos, pasivo, búsqueda de apoyo social y las represalias (Schultze-Krumbholz et al., 2022). El término ciberacoso recibe varias acepciones como por ejemplos, “ciberacoso, acoso digital, acoso electrónico, acoso en línea, cibermatoneo, matonaje online etc. En lengua inglesa se usan las palabras ciberbullying, e-bullying y online bullying” (Lorenzo & Becoña, 2022, p.26). El ciberacoso, tiende a ser más riesgoso que el bullying, debido que el acosador se oculta detrás de internet a través de alguna herramienta digital.



Tipos de acoso escolar

Con relación a los tipos de acoso escolar o “bullying” se toma como principal base teórica lo mencionado por Garaigordobil (2013); citado por Martínez-Otero Pérez (2017), que complementa y que está en coherencia en gran medida por los mencionados por Hernández de Frutos & O’Reilly, (2015), quienes afirman las categorías de acoso escolar son: el maltrato, físico, verbal, relacional y mixto (físico y verbal); los autores afirman que no es una tarea fácil delimitar la clasificación de acoso escolar; luego, de un análisis minucioso se presenta la siguiente tabla de clasificación.

Tabla 1

Tipos de acoso escolar

Tipos	Características
Acoso o maltrato físico	Su propósito es el daño de la integridad física de la víctima. Se puede dar de dos formas: Directa: implica pegar, empujar, golpear, morder, arrastrar del cabello, hincar con el bolígrafo o cualquier objeto puntiagudo... Amenazar con objetos e incluso armas. Indirecta: el agresor tiende a vengarse de la víctima robando o rompiendo y escondiendo sus cosas.
Acoso o maltrato verbal	Se produce cuando el agresor insulta a través de las palabras. directa se da por medio: poner mote, amenazas, humillación, hostigamiento, insultando... Indirecta (hablar mal de alguien, difamar, calumniar...).
Acoso social o maltrato relacional	Tiende a la exclusión y aislamiento social de la víctima. Directa: Cuando no se deja participar a la víctima en un grupo de trabajo o actividades. Indirecta: es cuando se ignora a compañero o la víctima, comportarse como si no existiera... Difundir estereotipos de alguien.
Acoso psicológico	La finalidad de este tipo de maltrato, es debilitar anímicamente a la persona, la persecución constante y repetitiva que se da por parte del agresor, repercute en la autoestima de la víctima que no puede defensa en forma autónoma, necesita la ayuda de alguien, produce inseguridad, temor y afecta directamente el rendimiento escolar, crea inestabilidad emocional y en caso más grave riesgo de suicidio.

Nota: Elaboración propia a partir de: (Martínez-Otero, 2017, p. 280) y (Hernández de Frutos y O’Reilly, 2015, p. 391), estos últimos investigadores sostienen que existe una categoría más que es el mixto (amenaza, intimidación, chantaje, acoso sexual...)

Objetivo

El objetivo de esta investigación, fue *determinar* la implicancia del acoso escolar “bullying” y ciberacoso “cyberbullying” desde una perspectiva bibliográfica en diversas fuentes fiables y objetivas.

Método

La metodología utilizada corresponde al enfoque cualitativo de carácter sistemático-bibliográfica, al respecto, Sandín (2003); citado en Bisquerra (2016), afirma que la investigación cualitativa constituye una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales que enfatiza contexto socio-educativo para el descubrimiento, desarrollo y toma de decisiones del conocimiento investigado. Por su parte, Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (2018) afirman, que la investigación cualitativa busca “comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto” (p. 390). En este caso, se realizó una búsqueda bibliográfica teniendo en cuenta las siguientes categorías: conceptos de bullying y cyberbullying, características, tipos, perfiles de los intervinientes y estrategias de intervención. La búsqueda bibliográfica se realizó mediante los siguientes criterios de inclusión: conceptos centrados en acoso escolar, bullying, cyberbullying; búsqueda en artículos científicos de la biblioteca UCM, buscador Cisne, libros físicos obtenidos de la biblioteca UCM y documentos publicados por entidades como la UNESCO, Unicef y otras publicaciones fiables y objetivas. Los criterios de exclusión fueron, no incluir publicaciones sobre acoso que no respondan al ámbito educativo y las



dimensiones establecidas; informaciones sin rigurosidad científica fueron excluidos, como sin nombres y sin fecha de publicación o de origen dudoso.

El listado de documentos que se visualizan en tabla N°2, corresponden a las publicaciones utilizadas y analizadas; aclarando, que no son los únicos documentos seleccionados; pero sí, sirve la tabla como referencia de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo según el objetivo de la investigación.

Tabla 2

Búsqueda de publicaciones científicas.

Bases de datos	Búsqueda inicial	Seleccionados	Utilizados	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Buscador Cisne de la Biblioteca UCM	1700 artículos	5 artículos	5 artículos	Se utilizó el descriptor: “acoso escolar”. Luego, se delimitó a: artículos, texto completo, educación y psicología, evaluado por especialistas, idioma español, años 2022-2024.	Los artículos fueron excluidos por: -No responder a los objetivos de la investigación.
Biblioteca física UCM	15 libros físicos	8 libros	7 libros	Libros físicos de la biblioteca de la UCM, fueron seleccionados por responder a los objetivos de la investigación.	De los 15 libros encontrados, 8 no se analizaron, por no responder a los objetivos de la investigación.
Dialnet	1269 artículos de revista	15 artículos	10 artículos leídos y 3 artículos utilizados.	Delimitando con descriptor “acoso escolar”; artículos de revista; año de publicación 2024.	No se utilizaron artículos que no responden al objetivo de la investigación.
Google académico	192 artículos	12 artículos	2 artículos utilizados.	Se utilizó el descriptor “acoso escolar”; publicado en el año 2024 en el orden de relevancia.	No se utilizaron artículos que no responden al objetivo de la investigación.
Página web de la Unicef	En línea de la Unicef se pudo identificar.	Características de un acosador.	Se utilizó información relevante.	Se realizó búsqueda de información actual sobre acoso escolar.	No utilizó informaciones, que no responden al objetivo de la investigación.
Revista de Currículum y formación del profesorado	Varias publicaciones	1 artículo publicado	1 artículo leído y analizado	Artículo relacionado por relevancia sobre acoso escolar y ciberacoso.	Se excluyen documentos que no responden al objetivo de la investigación.
Página web de la UNESCO	Publicado en el año 2023 en línea.	Porcentaje de acoso en el mundo.	Se utilizó como información relevante.	La búsqueda de información actual con la palabra clave “acoso escolar”.	No se incluyó temática que no responda al objetivo.



Nota: Elaboración propia

Resultados y discusión

Los principales resultados indican que el acoso escolar, es un fenómeno complejo social, familiar y personal; preocupante y multicausal, que se puede definir como una persecución física, psicológica, emocional y de exclusión social, de violencia prolongada y periódica que altera la estabilidad emocional psíquica de la víctima, llevada a cabo por un alumno o varios alumnos contra un compañero que no puede defenderse por sí mismo, por varias razones entre las que se pueden mencionar, el miedo, la baja autoestima, la amenaza y la extorsión constante. Por otra parte, el ciberacoso, constituye una problemática que se puede considerar aún más grave, por la complejidad del tipo de maltrato, donde se realiza en forma online y el agresor se oculta detrás de internet y que aumenta la angustia de la víctima y traspasa la privacidad del hogar y el ataque se da a través de las redes sociales o cualquier otro medio tecnológico y en cualquier horario.

Haciendo un análisis complejo y profundo de la problemática del acoso escolar y ciberacoso, es importante comprender que ambos términos constituyen problemáticas sociales que van más allá del ámbito escolar; como se podrá visualizar en la tabla 3 de “resultados y análisis”; por lo tanto, la conciencia y sensibilización contra el acoso escolar y virtual debe abarcar toda la población educativa y extrapolarse en la sociedad. Se debe entender que todo tipo de maltrato escolar es un mal que se debe erradicar o minimizar al máximo sus consecuencias en el mundo de la víctima del “oprimido”; debe surgir, una “revolución” en el buen sentido de la palabra de sensibilización. Se toma como referencia lo mencionado por el educador pedagogo brasileño Paulo Freire en su obra *La Pedagogía del Oprimido*, citado por Ocampos López (2008) cuando trata el método de la educación liberadora, que sostiene la liberación del oprimido se logrará cuando la víctima aprenda a defenderse con la praxis de la liberación o la acción reflexiva de los oprimidos sobre la estructura de los opresores. Y, aquí se debe entender, que un caso de acoso escolar es compromiso y responsabilidad de toda la comunidad educativa.

Tabla 3

Resultados y análisis

Fuente/biblioteca /base de datos/libros	Resultados y análisis más relevantes
Biblioteca virtual UCM. Buscador Cisne. Artículos seleccionados según criterios de inclusión. y Evaluados por pares.	<p>Artículo 1. Una investigación sistemática en más de 48 artículos, con los que, Costa (2023) sostiene que la participación de los alumnos en el acoso escolar está relacionada con el complejo desarrollo del estudiante y la influencia directa de la familia, como factor protector, de riesgo y victimización de los involucrados en el acoso escolar. (Hernández et al., 2023)</p> <p>Artículo 2. Investigación hecha con 1212 estudiantes de 10 escuelas secundarias públicas del Estado de Sonora, México. Al respecto, Hernández et al. (2024) mencionan que, el acoso escolar es una forma de extrema violencia que se da entre alumnos en un contexto de socialización natural que se presenta entre pares en el ámbito escolar; los autores confirman que la conducta prosocial y la empatía, tienen una conexión e incidencia mayor con el defensor de la víctima; en contrapartida, la desconexión moral del alumnado, tiende a asumir el rol de reforzador de la agresión en caso de una violencia escolar.</p> <p>Artículo 3. Investigación que enfatiza la autoimagen y acoso escolar... Al respecto, Ruiz Lázaro et al., (2022) afirman, que la baja autoestima es un rasgo psicológico de alta vulnerabilidad, y repercute en la conducta alimentaria de la víctima. En cuanto a la intervención, se debe promover desde la salud y la educación con intervenciones presenciales donde se promueva una imagen corporal positiva de la víctima.</p> <p>Artículo 4. Trata de la experiencia social de ciberacoso sexual en jóvenes... Mojica-Bautista (2023) menciona la investigadora en su resultado, la cantidad de perfiles que</p>



Fuente/biblioteca
/base de
datos/libros

Resultados y análisis más relevantes

cuentan los jóvenes de un total de 44 adolescentes, 7 afirman tener dos perfiles, y el restante de 37 jóvenes reportaron tener 3 o más perfiles según la red social. Se pudo evidenciar tensión con las familias cuando quieren controlar el uso de las redes sociales. Con respecto al riesgo del ciberacoso que confluye ciber sexual, existen riesgos, como “el sexting y sus comportamientos asociados (como compartir imágenes íntimas sin consentimiento), su impacto en la persona es devastador para su autoestima, reputación y salud mental, aumentando el riesgo de verse involucrado en situaciones de ciberacoso sexual” (Mojica-Bautista, 2023, p. 18).

Biblioteca física
de la UCM

Libro 1. Lleva como título “Bullying y Cyberbullying”. Al respecto, Lorenzo y Becoña (2022) sostienen que el ciberacoso, es un fenómeno complejo que tuvo un crecimiento exponencial con la utilización inadecuada de los móviles, Internet y las redes sociales. Es importante aclarar que el avance y uso consciente y moderado de las herramientas tecnológicas tiene sus aspectos positivos en la vida del ser humano. Pero, en contrapartida, el riesgo es latente, más aún cuando los adolescentes no miden las posibles consecuencias en la vida personal, familiar y social, una vez publicada en la web cualquier comentario, imagen o video.

En ese sentido, los autores hablan de los peligros de la red para niños y adolescentes, que se detalla a continuación:

a-Sexting, o difusión de contenido de índole sexual por medio de los celulares o en la red sin el consentimiento de la víctima, aún con el consentimiento la ley prohíbe todo tipo de difusión de menores.

b- Grooming: intervención de los adultos para ganarse la confianza de menores con el propósito de lograr imágenes sexuales y una vez obtenidas inicia el proceso chantaje y extorsión; una estrategia que utiliza el adulto es hacerse pasar de otro menor con un perfil similar en edad.

c- Phishing: se refiere a la utilización de perfil falso de otra persona, el riesgo es aún mayor. Principalmente, se da a través de las redes sociales.

Libro 2. Tiene como título Acoso escolar... Blanchard y Muzás (2007) mencionan con relación al agresor, que logra utilizar su fuerza ante la víctima que se bloquea y no se defiende por miedo e influye en los observadores que en ocasiones se tornan cómplices y se soslaya las relaciones positivas en el ambiente escolar y lo peor se normaliza el comportamiento agresivo.

Libro 3. Titulado Acoso Escolar...López Hernáez y Sabater Fernández (2018) afirman en la misma línea de los investigadores anteriores sobre el acosador, que es el artífice y causante principal pero no único del acoso; arremete, domina y maneja a otros miembros del grupo; las agresiones adquiridas derivan de las familias, de programas televisivos con altos contenidos de violencia; hoy en día, además, de videojuegos, de internet etc.

Libro 4. Se titula. Investigación sobre la delincuencia y el “Bullying” ..., al respecto Hernández de Frutos & O’Reilly (2015) presentan tres modelos de intervención, el *KiVa* que enfatiza el trabajo integral, fortaleciendo con mayor énfasis la sensibilidad de los observadores con el objetivo de evitar el acoso en grupo contra la víctima y el acosador se sienta solo y que no haya un efecto dominó en contra de la víctima. El modelo “*Sheffield*”: se trata de un método obligatorio para todos los estamentos de la comunidad educativa que surgió en Inglaterra, se caracteriza que todos deben involucrarse; se desarrolla en cuatro etapas, a). identificación de la necesidad de una política de intervención y prevención; b). desarrollo de la política anti acoso escolar c). implementación de la planificación c). evaluación. Y, el método *disuasorio*: consiste



Fuente/biblioteca /base de datos/libros	Resultados y análisis más relevantes
Dialnet	<p>básicamente, en que un adulto le dice al acosador de manera bastante firme y autoritaria que su conducta debe cesar, incluyen niños hasta 9 años; este modelo es criticado por Olweus, citado por respecto Hernández de Frutos & O'Reilly (2015) afirmando que “los escolares que han infringido la violencia no se sienten culpables ni comparten empatía por sus actos, sino satisfechos...” (p. 466).</p> <p>Artículo 1. Reflexiones sobre un caso de acoso escolar... García Machado (2024) afirma “No cualquier conducta contraria a la convivencia o gravemente perjudicial supone la existencia de una situación de acoso escolar” (p. 5). Un acoso escolar debe cumplir con las siguientes características.</p> <ol style="list-style-type: none"> Repetición, esta acción implica continuidad y frecuencia. Intencionalidad: el agresor realiza el daño con intención y consciente de la situación cometida. Desequilibrio de poder: existe una marcada desigualdad física, psicológica y social, la víctima no encuentra salida ni forma de defenderse, sufre aislamiento, baja autoestima etc. Personalización: el propósito del acosador suele ser una persona (García Machado, 2024).
Google académico	<p>Artículo 2. El artículo se titula, Conducta Prosocial, Desconexión Moral y Empatía... Hernández et al., (2024) afirma que la mayoría de los incidentes desarrollados en torno al acoso escolar es presenciado por los compañeros. Y la mayoría no se involucran para detener la violencia, esto conlleva normalización de la conducta de los involucrados conocidos como espectadores.</p> <p>Artículo 3. El papel del profesorado...al respecto afirma Puches Cabezas (2024) la mejora del clima escolar, es evidenciado a través del enorme poder de acompañamiento, refuerzo y protección que tiene el profesorado en su función diaria con el alumnado y en especial con los más vulnerables.</p> <p>Artículo 1. “Suicidio y acoso escolar...” al respecto Mendoza y Hernández (2024) afirman que, el acoso escolar constituye un comportamiento asociado a las adicciones, delincuencia, auto lesión en las que se determina el suicidio en el peor de los casos, y es una necesidad la debida atención a la salud mental en todo el mundo; unas 700 mil personas se suicidan al año. (World Health Organization, 2022; citado en Mendoza y Hernández, 2024).</p> <p>Artículo 2. Descifrando lo invisible: Una perspectiva holística sobre el acoso escolar. Olondriz Valverde y Ramos-Pla (2024) mencionan que “El bullying es un fenómeno complejo dentro del ámbito educativo, pero que se caracteriza por ser una acción violenta siempre oculta para los adultos, aunque bien conocida por los alumnos” (p. 18).</p> <p>Artículo 3. Se trata de una investigación cualitativa, hermenéutico-comprensiva. Al respecto Gutiérrez-Vega et al. (2023) afirman, las burlas, acoso físico y hurtos se asocian al contexto familiar, debido a la falta de límite o ausencia de educación en valores desde el hogar que se deben inculcar con mayor énfasis.</p>
Revista de Currículum y formación del profesorado. UCM	<p>Artículo científico. “Acoso y ciberacoso en una muestra de educación secundaria.”. Al respecto Martínez-Otero Pérez (2017) manifiesta “la importancia de seguir realizando intervenciones orientadas especialmente a la prevención, con objeto de eliminar las conductas de violencia antes de que aparezcan” (p. 277).</p>



Fuente/biblioteca /base de datos/libros	Resultados y análisis más relevantes
Página Web de Unicef	Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], s.f.) en línea, las tres características principales de un acosador son: intención de dañar, repetición de la violencia y el poder que tiene sobre la víctima.
Página web de la UNESCO.	La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, [2023]) sostiene que la violencia escolar, está cada vez más en auge y afirma que cada mes uno de cada tres estudiantes sufre acoso escolar en todo el mundo.

Nota: Elaboración propia

Intervención en un acoso escolar

Cuando se trata de un acoso escolar o ciberacoso, los protagonistas principales son: el agresor, la víctima y los observadores. Y, la intervención del profesorado o comunidad educativa que debe activar el protocolo si se determina que realmente corresponde a un caso de acoso.

1- Perfil del agresor

- ✓ Deseo de hacer daño a la otra persona.
- ✓ Actitud de sobresalir ante el grupo.
- ✓ Actitud de ejercer el control y superioridad.
- ✓ Demuestra personalidad antisocial y habitual (Blanchard & Muzas, 2007).

En el marco de la tipología de agresores, se destaca el *agresivo instrumental*, donde el agresor demuestra comportamiento de superioridad, dominio y control del grupo, “suele ser una persona impulsiva, con carácter fuerte, poco comunicativo, antisocial y carente de empatía, provocativa y que posee actitudes agresivas (...)” (Martínez Rodríguez, 2017).

2- Perfil de la víctima

Generalmente el niño, la niña o adolescente víctima del acoso escolar muestra un perfil de baja autoestima, con mucha dificultad para expresar lo que siente y el profundo dolor psicológico y emocional. En ocasiones pueden desarrollar conductas agresivas para defenderse y también la influencia del ambiente que vive; poca comunicación con los demás, por lo tanto, le cuesta pedir ayuda; baja autoestima; demuestran ansiedad, inseguridad, confusión e insomnio por la presión y ansiedad que sufre (Blanchard & Muzas, 2007).

En síntesis, la víctima del acoso tiende a sufrir graves consecuencias que puede arrastrar hasta su vida adulta si no se corta el circuito del acoso escolar o en su defecto el ciberacoso; las causas se originan por la pérdida de vivencia de valores.

3- Observadores del acoso escolar

Los observadores o compañeros de un alumno que sufre acoso, son muy importantes en el esquema de la intervención para evitar este mal; porque, al ser cómplices no denuncian o se ríen y siguen al acosador que generalmente arrastra al grupo. Es de vital importancia, la sensibilización al grupo curso o grado para que tomen conciencia de la importancia de la buena convivencia en la sala de clase o en su defecto en el espacio escolar como fuera de ella para tomar las decisiones acertadas e informar casos de maltrato o acoso escolar. La familia también aquí juega un papel demasiado importante, debido a que pueden trabajar desde la casa con su hijo de la importancia de evitar cualquier tipo de conflicto. Por lo tanto, La “Implementación de estrategias para su prevención, identificación, control y eliminación, entendiéndolo que el acoso escolar un fenómeno complejo y social, que requiere de la participación de un equipo multidisciplinario” (Páez Esteban et al., 2020, p. 12).

Conclusión

Se concluye que el acoso escolar “bullying”, constituye una problemática compleja, que tiene sus raíces en el ámbito social, familiar y personal; preocupante y multicausal, que conlleva persecución verbal, física, psicológica y de exclusión social, de violencia prolongada y periódica que altera la estabilidad emocional y psíquica de la víctima; llevada a cabo por un alumno o varios alumnos contra un compañero que no puede defenderse por varias razones. En cambio, el ciberacoso, se puede considerar aún más grave, por la complejidad



del tipo de maltrato, donde se realiza en forma online y el agresor se oculta detrás de internet y que aumenta la angustia de la víctima.

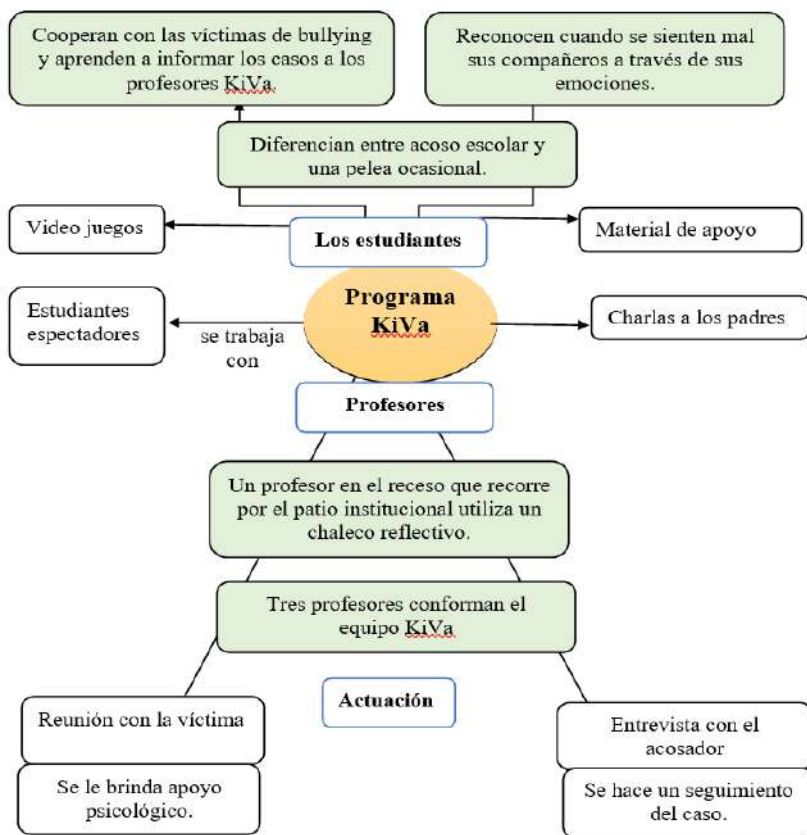
La conducta agresiva de algunos alumnos, es cada vez más preocupante para la comunidad educativa, el profesorado, directivos de centros académicos y por ende afecta a los padres de familias, con el avance de las herramientas tecnológicas y el poco control de algunos tutores, padres o responsables de los niños y adolescentes, repercuten directamente en el entorno donde vive y convive con los demás el alumno; en ese sentido, la escuela es un espacio ideal para trabajar con mayor eficacia la buena convivencia entre todos. El “ciberbullying”, conlleva alto riesgo de inestabilidad emocional y psíquica para el alumnado, debido a que el agresor puede ocultarse detrás de alguna red social a través de Internet y el dolor emocional psicológico aumenta debido a que la víctima no puede en ocasiones identificar a su agresor, de ahí la relevancia que el afectado tenga la autonomía, la fuerza y la autoestima elevada para solicitar ayuda.

Los observadores se convierten en piezas claves en el circuito de un acoso escolar para cortar este flagelo que daña tanto a los niños, niñas y adolescentes más vulnerables, debido a la posibilidad que tienen los alumnos, compañeros de la víctima u otra persona de la comunidad educativa de observar en el entorno del edificio escolar cuando los estudiantes van al sanitario, a la cantina, recorren en el patio o dentro de la sala de clase; es donde, los agresores actúan y las víctimas no pueden defenderse; de ahí, la relevancia de la función asertiva de los observadores o de lo contrario si siguen el patrón de la conducta agresiva del victimario fomentan más el acoso escolar y aumenta la ansiedad de la víctima y corre el peligro hasta el suicidio en caso más grave.

Como conclusión final, se pudo identificar el programa de intervención, conocido como KiVa, que tiene como filosofía la aplicación de diversas actividades, pero, se destaca el preventivo y la intervención de manera integral cuando se presenta un acoso escolar en la institución y que se detalla a continuación.

Figura 4

Programa KiVa anti bullying



El término KiVa, deriva del acrónimo Kussaamista Vastaa (contra el acoso escolar) esta combinación de términos significa “guay” en finés. Tiene su origen en Finlandia es un método anti acoso escolar que surgió en el año 2007, desarrollado por la Universidad de Turku del mencionado país europeo, el programa básicamente, toma como filosofía diversas actividades, especialmente en dos ámbitos, el preventivo y la intervención.

Se toma como referencia como la principal esta estrategia de intervención denominada, programa KiVa, que tiene como filosofía la aplicación de diversas actividades, pero, se destaca el preventivo y la intervención de manera integral cuando se presenta un acoso escolar en la institución. La participación, el compromiso responsable y profesional de cada estamento escolar, desde las familias/tutores y demás instituciones en general de la comunidad debe trabajar en forma coordinada para eliminar en lo posible todo tipo de maltrato escolar.

Nota: Elaboración propia, a partir de las informaciones obtenidas (Hernández de Frutos & O’Reilly, 2015, p. 464-465).



Referencias bibliográficas

- Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar. (2024). Acoso escolar. <https://aepae.es/acoso-escolar>
- Bisquerra, R. (Coord.). (2016). *Metodología de la investigación educativa*. (5° ed.). Arco/Libros-La Muralla, S.L.
- Blanchard, M., y Muzas, E. (2007). Orientación y tutoría. Acoso Escolar. Desarrollo Prevención herramientas de trabajo. NARCEA, S.A. Ediciones.
- Calderón Guerrero, G. (2020). El acoso escolar, la acción docente y la responsabilidad de la escuela. *Andamios, Revista de Investigación Social*, 17(43), 345-366. <https://doi.org/10.29092/uacm.v17i43.778>
- Calmaestra, J., Escorial, A., García, P., Del Moral, C., & Ubrich, T. (2016). Ya no es no juego. Bullying y ciberbullying en la infancia. SAVE THE CHILDREN
- Costa, B. L. (2023). La relación entre el contexto familiar y la participación en el acoso escolar: una revisión sistemática. *Psico*, 54(1), ID37630.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia[Unicef], s.f.). *Acoso Escolar, qué es y cómo ponerle fin. Consejos para prevenir y abordar el acoso*. <https://www.unicef.org/parenting/es/cuidado-infantil/acoso-escolar>
- García-Fernández, C. M., Romera-Félix, E. M., & Ortega-Ruiz, R. (2015). Relaciones entre el bullying y el ciberbullying: Prevalencia y coocurrencia. *Pensamiento Psicológico*, 14(1). <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-1.rbcpc>
- García-Machado. (2024). Reflexiones sobre el acceso al expediente generado tras un caso de acoso escolar.
- Gutiérrez-Vega, I., Sánchez-Rodríguez, C. Londoño-Vásquez, D. A. (2023). El bullying: una mirada desde los niños y las niñas. *Revista Latinoamericana En Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 21(3), 1–23. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.21.3.5892>
- Hernández de Frutos, T., & O'Reilly, M. B. (2015). Investigación sobre la delincuencia y el bullying escolar en España: Teoría, evolución y tendencias. Tirant Humanidades.
- Hernández de Frutos, T., & O'Reilly, M. B. (2015). *Investigación sobre la delincuencia y el bullying escolar en España: Teoría, evolución y tendencias*. Tirant Humanidades.
- Hernández, G. B., Vera Noriega, J. Á., & Tánori Quintana, J. (2024). Conducta Prosocial, Desconexión Moral y Empatía en Observadores en Situaciones de Violencia Escolar. *Psykhe (Santiago), Online First*. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.36971>
- Hernández, G. B., Vera Noriega, J. Á., & Tánori Quintana, J. (2024). Conducta Prosocial, Desconexión Moral y Empatía en Observadores en Situaciones de Violencia Escolar. *Psykhe (Santiago), Online First*. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.36971>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- López Hernández, L., y Sabater Fernández, C. (2018). *Acoso escolar: Definición, características, causas-consecuencias, familia como agente clave y prevención-intervención ecológica*. Ediciones Pirámide.
- Lorenzo, M. del C., & Becoña, E. (2022). *Bullying y ciberbullying*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A.)
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2017). Bullying: Aspectos históricos, culturales y sus consecuencias para la salud. Bullying: Historical and cultural aspects and their consequences for health. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1). <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/277>
- Martínez Rodríguez, J. A. (2017). *Acoso Escolar: Bullying y ciberbullying*. Librería. Bosch Editor
- Martínez-Otero Pérez, V. (2017). Acoso y ciberacoso en una muestra de alumnos de educación secundaria. *Revista de Curriculum y Formación de Profesorado*, 21(3). 277-298
- Mendoza, B y Hernández, A, A. (2024). Suicidio y acoso escolar, ¿Existe alguna conexión? En J. A. Vírseada Heras., Orozco Rodríguez, I. Z., y Gutiérrez Cedeño, A (Coords.). *Investigación, Perspectivas y reflexiones en torno al Suicidio*. (13-33). Universidad Autónoma de México. Publicaciones UAEMEX. <http://ri.uaemex.mx/>



- Mojica-Bautista. (2023). Experiencia social de ciberacoso sexual en jóvenes escolarizados de Bogotá. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(2), 1-27. <https://doi.org/10.11600/rlcsnj.21.2.5102>
- Ocampo López, J. (2008). Paulo Freire y la pedagogía del oprimido. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*, 10, pp. 57-72. <https://www.redalyc.org/pdf/869/86901005.pdf>
- Olondriz V, A., y Ramos-Pla, A. (Ed.) (2024). *Descifrando lo invisible: Una perspectiva holística sobre el acoso escolar*. Dykinson, S.L.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, [2023]). *Definir el acoso en la escuela y sus implicaciones para la educación, los docentes y los educandos*. <https://acortar.link/zioUM7>
- Páez Esteban, A. N., Ramírez Cruz, M. A., Campos De Aldana, M. S., Duarte Bueno, L. M., & Urrea Vega, E. A. (2020). Prevalencia y factores asociados con el acoso escolar en adolescentes. *Revista Cuidarte*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1000>
- Puche Cabezas, L (2024). El papel del profesorado en la transformación de los climas escolares: estudio de caso a partir de relatos biográficos. *REIDOCREA*, 13(06), 75-88.
- Ruiz Lázaro, P. M., Imaz Roncero, C., & Pérez Hornero, J. (2022). [Self-esteem, self-image, and school bullying in eating disorders]. *Nutrición Hospitalaria*, 39(Spec No2), 41–48. <https://doi.org/10.20960/nh.04177>
- Schultze-Krumbholz, A., Pfetsch, J. S., & Lietz, K. (2022). Cyberbullying in a Multicultural Context—Forms, Strain, and Coping Related to Ethnicity-Based Cybervictimization. *Frontiers in Communication*, 7, 846794. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2022.846794>
- Super 21. Revista de Educación e Inspección*, (71). <https://doi.org/10.52149/sp21>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: PROMOÇÃO DE AMBIENTES E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS EM CRECHES FAMILIARES: UMA SCOPING REVIEW

Autor/es: Enf.^a Joana Filipa Pinheiro Horta Fernandes de Matos, Unidade de Saúde Pública Almada Seixal; Prof. José Edmundo Furtado Xavier Sousa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Enf.^a Especialista Vânia Teixeira, Instituto Politécnico de Setúbal

Centro de Trabajo: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Unidade de Saúde Pública Almada Seixal

Mail de todos los autores: joana.matos@ulsas.min-saude.pt; jesousa@esel.pt; vmarteixeira@gmail.com

Resumen:

Introdução: A Unidade de Saúde Pública desenvolve o projeto DICAAS O.3 – Diagnóstico e Intervenção nas Creches familiares/amas de Almada Seixal, estando a realizar o diagnóstico de saúde da comunidade das creches familiares do seu território. Este trabalho integra uma das etapas do percurso académico de uma das autoras para obtenção de grau de mestre em enfermagem comunitária e saúde pública. **Justificação do tema:** Escassez de literatura sobre a situação de saúde das crianças que frequentam creches familiares, tendo-se realizado uma *scoping review* na fase preparatória do projeto [11]. **Objetivo:** Mapear o conhecimento científico produzido acerca das intervenções de enfermagem para a promoção de ambientes e comportamentos saudáveis em creches familiares, selecionando informação relevante para a construção de um instrumento de colheita de dados. **Metodologia:** Através do método PCC (população, conceito, contexto) surgiu a questão de investigação orientadora da pesquisa na plataforma agregadora de bases de dados EBSCO Host (CINAHL e MEDLINE) recorrendo aos descritores DeCS/MeSH. Foi aplicado o *Prisma Flow* como ferramenta sistematizadora, definindo critérios de inclusão e exclusão dos artigos para resultados mais dirigidos [9]. **Resultados:** Após analisados 73 artigos, foram excluídos 56, resultando num total de 17 artigos a partir dos quais foi elaborado um quadro resumo considerando: título, base de dados e descritores, tipo de estudo, tema central, autores, data de publicação, local de publicação, formato e idioma. Destacaram-se as áreas da alimentação, atividade física, prevenção de acidentes, ambiente psicossocial e papel do enfermeiro como consultor de contextos educativos para a primeira infância. A maioria dos estudos refere métodos de observações guiadas por escalas ou através de escalas dirigidas a determinadas áreas (alimentação, atividade física e comportamentos) [2,3,4,5,6,7,8,10,12,14,15,16,17,18]. **Conclusões:** Através da *scoping review* obteve-se uma visão abrangente da literatura científica publicada acerca do tema, verificando-se que nenhum artigo publicado se aplica ao contexto português ou europeu. Da análise dos artigos emergiram 7 principais dimensões, no entanto 42% dos artigos associam mais do que uma dimensão. De algumas dimensões principais destacam-se algumas sub-dimensões sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente na dimensão da alimentação como por exemplo a promoção da amamentação, a prevenção da obesidade infantil; e na dimensão da atividade física a questão dos equipamentos de confinamento. Todos os artigos incluídos



abordam dimensões relevantes para a promoção da saúde e de estilos de vida mais saudáveis, essenciais para o desenvolvimento integral das crianças em ambientes saudáveis e seguros, tendo sido por um passo crucial para o restante do projeto.

Bibliografia:

- [1] Calloway, E., Stern, K. L., Schober, D. J., & Yaroch, A. L. (2017). Creating Supportive Breastfeeding Policies in Early Childhood Education Programs: A Qualitative Study from a Multi-Site Intervention. *Maternal and Child Health Journal*, 21(4), 809–817. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2174-y>
- [2] Cerqueira, A. C. D. R., Cardoso, M. V. L. M. L., Viana, T. R. F., & Lopes, M. M. C. O. (2018). Integrative literature review: sleep patterns in infants attending nurseries. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 71, Issue 2, pp. 424–430). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0480>
- [3] Crowley, A. A., Ma, T. Y. Z., & Jeon, S. (2023). Nurse Child Care Health Consultants, Professional Development, and Accreditation Improve Medication Safety in Child Care Programs. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 24(1), 36–50. <https://doi.org/10.1177/15271544221130979>
- [4] Gonzalez-Nahm, S., Grossman, E. R., Frost, N., Babcock, C., & Benjamin-Neelon, S. E. (2018). Media and Young Minds: Comparing State Screen Media Use Regulations for Children Under 24 Months of Age in Early Care and Education to a National Standard. *Maternal and Child Health Journal*, 22(4), 445–453. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2487-0>
- [5] Hallam, R. A., Bargreen, K., Fouts, H. N., Lessard, L., & Skrobot, C. (2018). The Use of Infant Confinement Equipment in Community-Based Child Care Centers: An Analysis of Centers Participating in a Statewide Quality Rating and Improvement System. *Maternal and Child Health Journal*, 22(5), 694–701. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2438-9>
- [6] Lee, D. L., Gurzo, K., Nhan, L., Homel Vitale, E., Yoshida, S., & Ritchie, L. D. (2020). Nutrition Provided to Infants in Licensed Childcare Centers and Homes: A Descriptive Study. *Maternal and Child Health Journal*, 24(7), 932–942. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02929-z>
- [7] Looby, A., Frost, N., Gonzalez-Nahm, S., Grossman, E., Ralston, J., Benjamin-Neelon, S. (2020). State Regulations to Support Children’s Cultural and Religious Food Preferences in Early Care and Education. *Maternal and Child Health Journal*, 24(2), 121–126. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02833-1>
- [8] Lum, M., Grady, A., Falkiner, M., Jones, J., Finch, M., Green, S., Herrmann, V., Hall, A., & Yoong, S. (2021). Assessing the implementation of healthy eating and physical activity policies and practices in the family day care setting: A cross-sectional study. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(S2), 116–125. <https://doi.org/10.1002/hpja.420>
- [9] Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; (160), 372.
- [10] Querdibitty, C. D., Williams, B., Wetherill, M. S., Sisson, S. B., Campbell, J., Gowin, M., Stephens, L., & Salvatore, A. L. (2021). Environmental health-related policies and practices of oklahoma licensed early care and education programs: Implications for childhood asthma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph18168491>
- [11] Rodrigues, F. (2021). *A Saúde Planeada. Metodologia colaborativa com a sociedade*. LisbonPress. Lisboa
- [12] Risica, P. M., Tovar, A., Palomo, V., Dionne, L., Mena, N., Magid, K., Ward, D. S., & Gans, K. M. (2019). Improving nutrition and physical activity environments of family child care homes: The rationale, design and study protocol of the “Healthy Start/Comienzos Sanos” cluster randomized trial. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6704-6>



- [13] Risica, P. M., Karpowicz, J. M., von Ash, T., Gans, K. M., Stowers, K. C., & Tovar, A. (2022). Feeding and Activity Environments for Infants and Toddlers in Childcare Centers and Family Childcare Homes in Southeastern New England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19159702>
- [14] Santos, Q., G. F., Silva, A., Silva, L. & Szaz, J., Oliveira, L. (2020). As demandas em saúde de crianças no processo de adaptação na creche: Contribuições da enfermagem/ Health demands of children in the process of adaptation to the day care center: Nursing contributions. *Ciência, Cuidado e Saúde*. (19) DOI:10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.43043
- [15] Schultz, C. M., & Johnson, R. A. (2022). Nurse consultant to day/child care centers. In *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* (Vol. 27, Issue 4). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jspn.12392>
- [16] Sisson, S. B., Salvatore, A. L., Hildebrand, D., Poe, T., Merchant, C., Slawinski, M., Kracht, C. L., Stoner, J. A., Alcala Lazarte, N., Schneider, L. A. F., Weber, J., Jones, F., & Ward, D. (2019). Interventions to promote healthy environments in family child care homes in Oklahoma - Happy Healthy Homes: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3616-9>
- [17] Stephens, M., Hazard, K., Moser, D., Cox, D., Rose, R., & Alkon, A. (2017). An integrated pest management intervention improves knowledge, pest control, and practices in family child care homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph14111299>
- [18] Tandon, P. S., Walters, K. M., Igoe, B. M., Payne, E. C., & Johnson, D. B. (2017). Physical Activity Practices, Policies and Environments in Washington State Child Care Settings: Results of a Statewide Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), pp 571–582. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2141-7>
- [19] Williams, B. D., Sisson, S. B., Stinner, E. L., Hetrick, H. N., Dunlap, M., Graef-Downard, J., Eliot, K., Finnell, K., & Salvatore, A. L. (2021). Quality of nutrition environments, menus and foods served, and food program achievement in Oklahoma family child care homes. *Nutrients*, 13(12). <https://doi.org/10.3390/nu13124483>

PROMOÇÃO DE AMBIENTES E COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS EM CRECHES FAMILIARES: UMA SCOPING REVIEW

Enf.^a Joana Filipa Pinheiro Horta Fernandes de Matos¹(joana.matos@ulsas.min-saude.pt), Prof. José Edmundo Furtado Xavier Sousa; Enf.^a Especialista Vânia Sofia Martins Teixeira

OBJETIVOS

Mapear o conhecimento científico produzido acerca das intervenções de enfermagem para a promoção de ambientes e comportamentos saudáveis em creches familiares, selecionando informação relevante para a construção de um instrumento de colheita de dados.

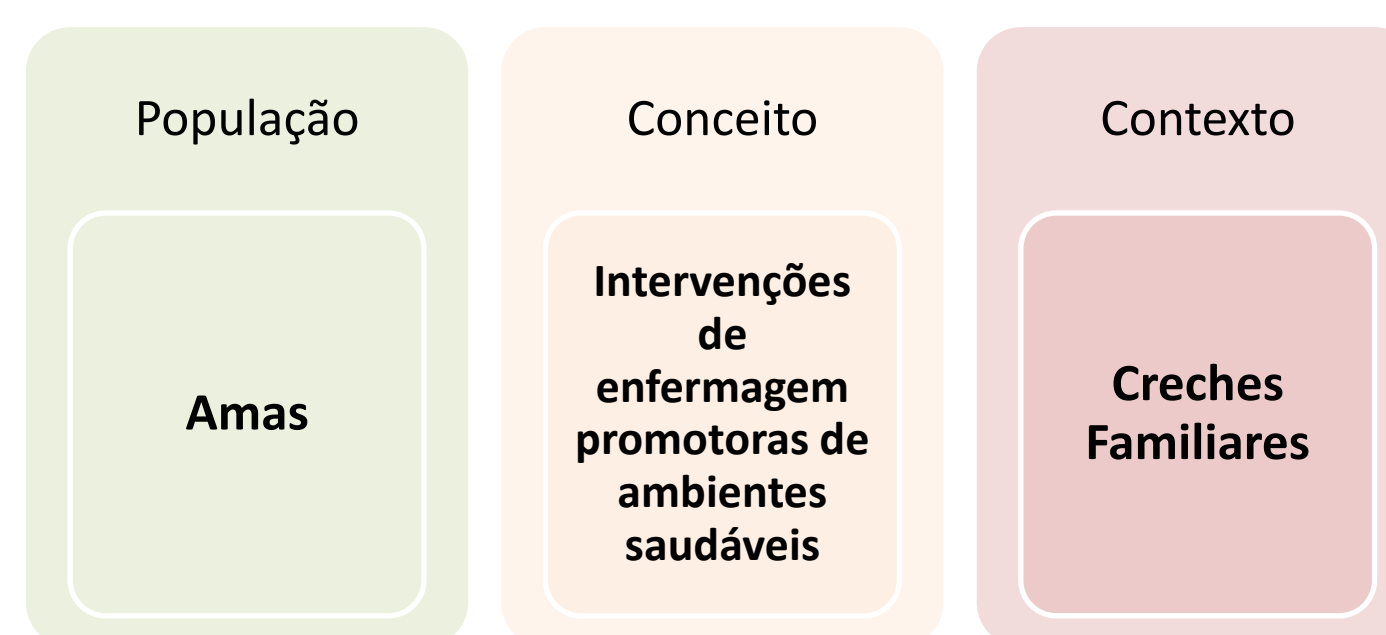
REVISÃO

Introdução: As creches familiares (CF) são uma resposta socioeducativa que permite que crianças até aos 3 anos sejam cuidadas em casa de amas dentro de uma instituição. O ambiente é um fator determinante na adoção de comportamentos e, neste contexto tão particular, assume extrema relevância no desenvolvimento saudável e seguro das crianças. Na região de Almada Seixal, estima-se que existam aproximadamente 240 crianças a receber cuidados em CF, o que representa cerca de 22% do total nacional, segundo dados deste ano do Instituto da Segurança Social. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Escolar não abrange crianças com menos de 3 anos, pelo que a Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal, consciente da importância destes números e face à escassez de diagnósticos de saúde nesta comunidade, lançou o projeto piloto “DICAAS 0.3” – Diagnóstico e Intervenção em Creches Familiares/Amas de Almada Seixal. Devido à escassez de literatura sobre a situação de saúde das crianças que frequentam as CF, foi realizada uma *scoping review* na fase preparatória do projeto.

Numa perspetiva salutogénica, promotora da saúde e de redução de desigualdades entre as crianças, fez sentido considerar o ambiente das CF como um fator determinante para a adoção de comportamentos saudáveis, sabendo que a população infantil abarca um enorme potencial para obter ganhos em saúde ao longo do seu ciclo de vida. A metodologia utilizada para a revisão da literatura foi a Scoping Review, seguindo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI). A escolha justifica-se por se tratar de uma metodologia orientada por diretrizes aceites como padrão de qualidade, determinando trabalhos transparentes, replicáveis e baseados em evidências sólidas. A questão de investigação que motivou a pesquisa foi: Que intervenções de enfermagem promovem ambientes e comportamentos saudáveis nas casas das amas que cuidam de crianças em creches familiares?

Metodologia de Scoping Review – Joanna Briggs Institute

1. Método PCC



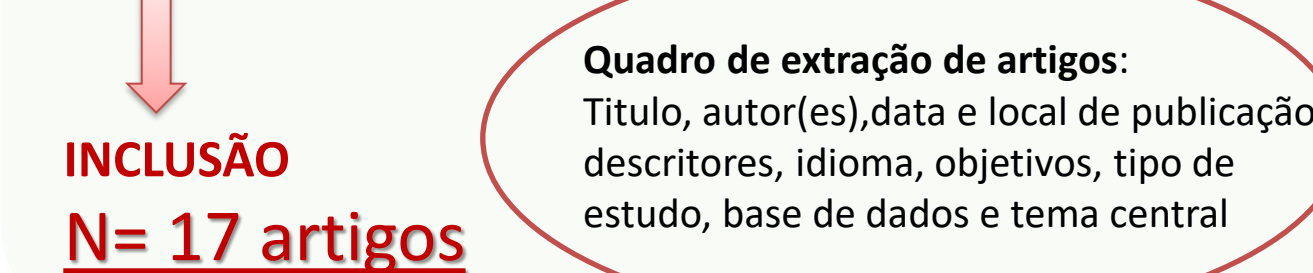
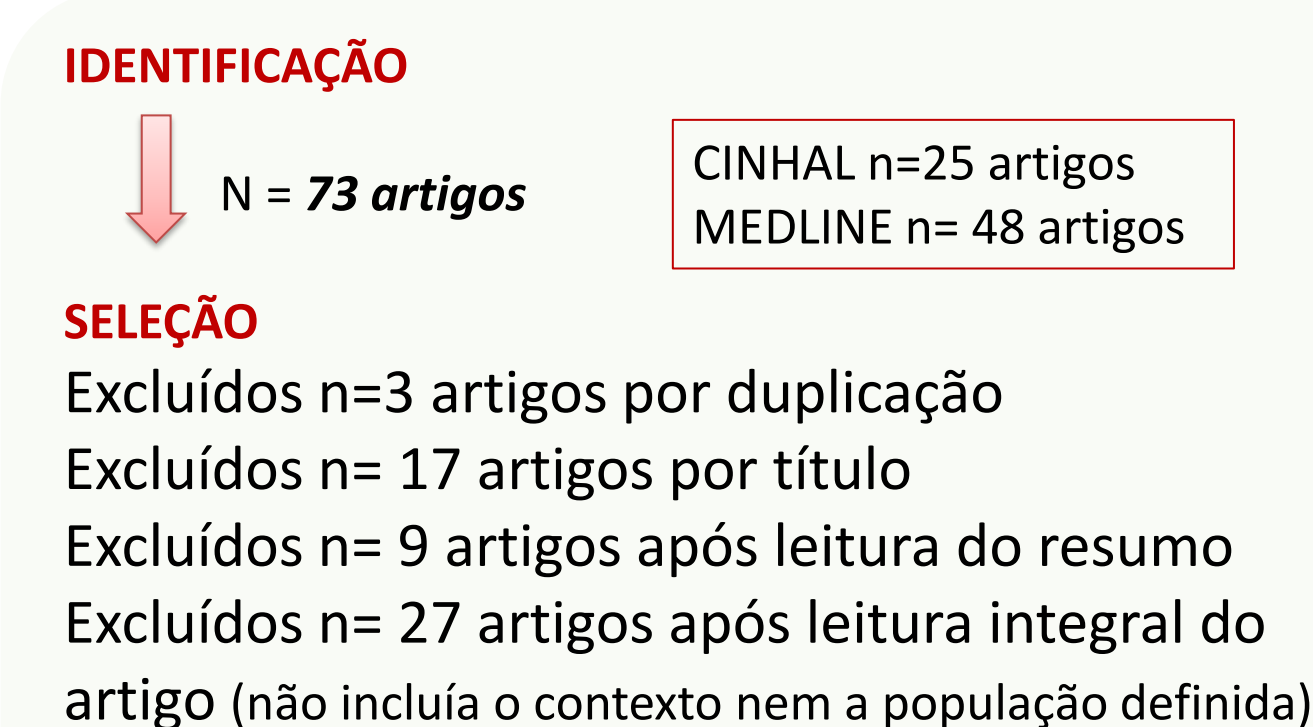
2. Pesquisa científica plataforma EBSCO Host

Data: Maio a Junho 2024
Bases de dados: Medline Ultimate e CINAHL Ultimate
Limitadores/Expansores:
Artigos com resumo disponível
Artigos com texto integral disponível
Artigos publicados entre 01-01-2017 e 06-06-2024

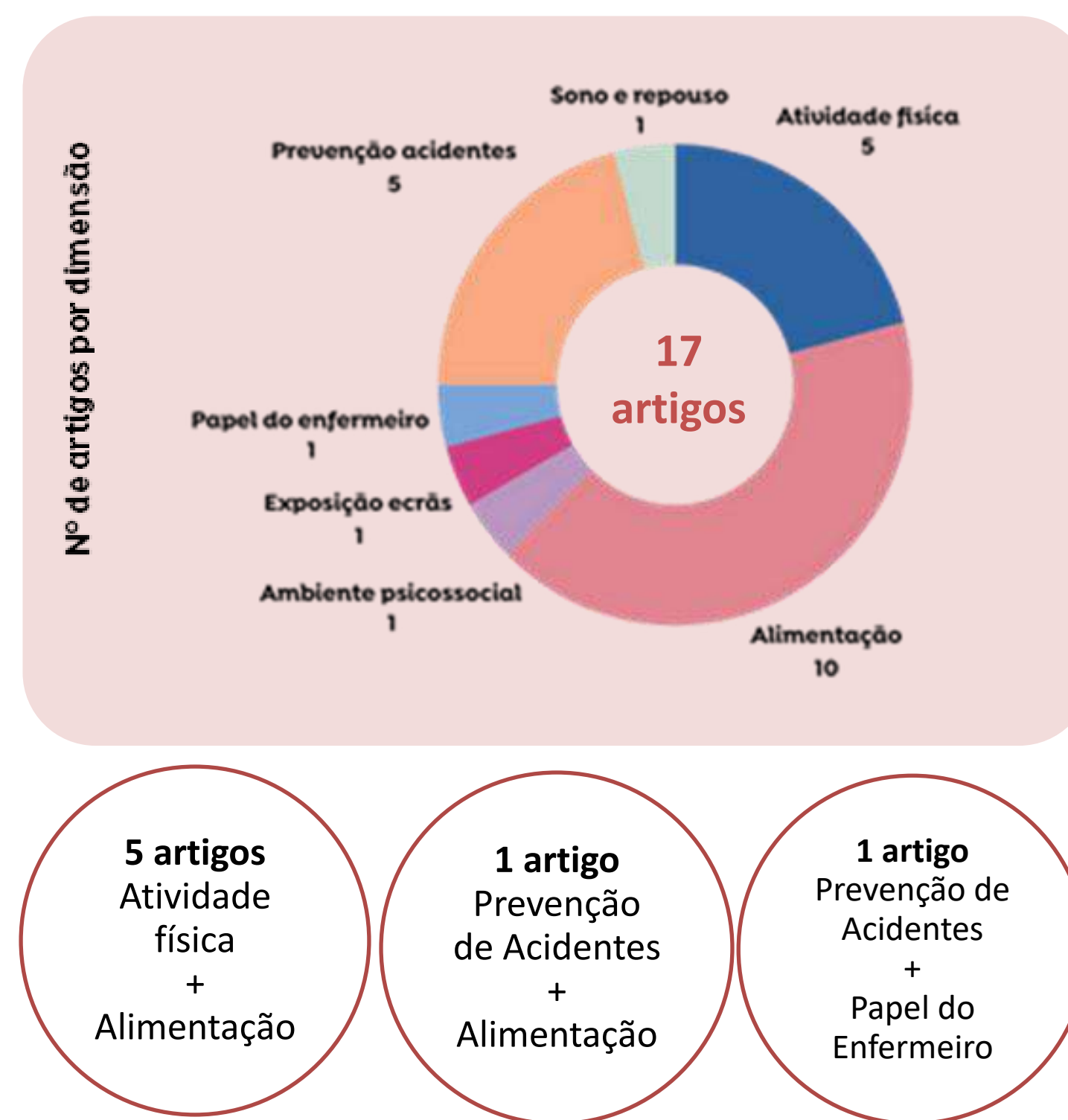
3. Descritores DeCS/MeSH

Termo Natural	Termo Indexado	Termo DeCS/Mesh
Ama	Child care provider (CINAHL)	-----
Intervenções de enfermagem	Nursing interventions	Nursing interventions
Promoção da Saúde	Health promotion; community health nurses;	Health promotion; community health nursing; Public health nurses; School health services; Health education.
Ambientes saudáveis	School health education;	Promotion school health;
Creche familiar	Child care; Infant care; Creches	Creches; Child day care centres; Schools nursery;

4. Prisma Flow



5. Resultados



CONCLUSÕES

Através desta *scoping review* obteve-se uma visão abrangente da literatura científica publicada sobre o tema, verificando-se que nenhum artigo publicado se aplica ao contexto português ou europeu. A maioria dos estudos foi realizado nos EUA, onde as CF são uma resposta a contextos sociais vulneráveis, e existindo diversos programas governamentais implementados em CF para a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis especialmente na área da alimentação e atividade física. Da análise dos artigos emergiram 7 dimensões principais: alimentação, atividade física, sono e repouso, ambiente psicossocial, exposição a ecrãs, prevenção de acidentes e papel do enfermeiro como consultor de contextos educativos para a primeira infância, contudo 42% dos artigos associam mais do que uma dimensão, evidenciando a importância e necessidade de uma intervenção multissetorial. Dentro das grandes dimensões identificadas destacam-se sub-dimensões sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente a promoção da amamentação/aleitamento materno, e a prevenção da obesidade infantil (dimensão alimentação); e na dimensão da atividade física, a questão dos equipamentos de confinamento. Todos os artigos incluídos abordam dimensões relevantes para a promoção da saúde e de estilos de vida mais saudáveis, essenciais para o desenvolvimento integral das crianças em ambientes saudáveis e seguros, tendo sido por um passo crucial para o restante desenvolvimento do projeto.

REFERÊNCIAS

Calloway, E., Stern, K. L., Schober, D. J., & Yaroch, A. L. (2017). Creating Supportive Breastfeeding Policies in Early Childhood Education Programs: A Qualitative Study from a Multi-Site Intervention. *Maternal and Child Health Journal*, 21(4), 809–817; Cerqueira, A. C. D. R., Cardoso, M. V. L. M. L., Viana, T. R. F., & Lopes, M. M. C. O. (2018). Integrative literature review: sleep patterns in infants attending nurseries. In *Revista brasileira de enfermagem* (Vol. 71, Issue 2, pp. 424–430); Crowley, A. A., Ma, T. Y. Z., & Jeon, S. (2023). Nurse Child Care Health Consultants, Professional Development, and Accreditation Improve Medication Safety in Child Care Programs. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 24(1), 36–50; Gonzalez-Nahm, S., Grossman, E. R., Frost, N., Babcock, C., & Benjamin-Neelon, S. E. (2018). Media and Young Minds: Comparing State Screen Media Use Regulations for Children Under 24 Months of Age in Early Care and Education to a National Standard. *Maternal and Child Health Journal*, 22(4), 445–453; Hallam, R. A., Bargreen, K., Fouts, H. N., Lessard, L., & Skrobot, C. (2018). The Use of Infant Confinement Equipment in Community-Based Child Care Centers: An Analysis of Centers Participating in a Statewide Quality Rating and Improvement System. *Maternal and Child Health Journal*, 22(5), 694–701.; Lee, D. L., Gurzo, K., Nhan, L., Homel Vitale, E., Yoshida, S., & Ritchie, L. D. (2020). Nutrition Provided to Infants in Licensed Childcare Centers and Homes: A Descriptive Study. *Maternal and Child Health Journal*, 24(7), 932–942; Looby, A., Frost, N., Gonzalez-Nahm, S., Grossman, E., Ralston, J., Benjamin-Neelon, S. (2020). State Regulations to Support Children's Cultural and Religious Food Preferences in Early Care and Education. *Maternal and Child Health Journal*, 24(2), 121–126; Lum, M., Grady, A., Falkner, M., Jones, J., Finch, M., Green, S., Herrmann, V., Hall, A., & Young, S. (2021). Assessing the implementation of healthy eating and physical activity policies and practices in the family day care setting: A cross-sectional study. *Health Promotion Journal of Australia*, 32(S2), 116–125; Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. (2021). *PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews*. *BMJ*. 2021; (160), 372; Peters M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI reviewer's manual* (Chap. 11). The Joanna Briggs Institute. <https://wiki.jbi.org/global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>; Querdibitty, C. D., Williams, B., Wetherill, M. S., Sisson, S. B., Campbell, J., Gowin, M., Stephens, L., & Salvatore, A. L. (2021). Environmental health-related policies and practices of Oklahoma licensed early care and education programs: Implications for childhood asthma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16); Risca, P. M., Tovar, A., Palomo, V., Dionne, L., Mena, N., Magid, K., Ward, D. S., & Gans, K. M. (2019). Improving nutrition and physical activity environments of family child care homes: The rationale, design and study protocol of the “Healthy Start/Comienzos Sanos” cluster randomized trial. *BMC Public Health*, 19(1); Risca, P. M., Karpowicz, J. M., von Ash, T., Gans, K. M., Stowers, K. C., & Tovar, A. (2022). Feeding and Activity Environments for Infants and Toddlers in Childcare Centers and Family Childcare Homes in Southeastern New England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15); Santos, Q., G. F., Silva, A., Silva, L., & Szaz, J., Oliveira, L. (2020). As demandas em saúde de crianças no processo de adaptação na creche: Contribuições da enfermagem/ Health demands of children in the process of adaptation to the day care center: Nursing contributions. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19(1); Schultz, C. M., & Johnson, R. A. (2022). Nurse consultant to day/child care centers. In *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* (Vol. 27, Issue 4). John Wiley and Sons Inc.; Sisson, S. B., Salvatore, A. L., Hildebrand, D., Poë, T., Merchant, C., Slawinski, M., Kracht, C. L., Stoner, J. A., Alcalá Lazarte, N., Schneider, L. A. F., Weber, J., Jones, F., & Ward, D. (2019). Interventions to promote healthy environments in family child care homes in Oklahoma - Happy Healthy Homes: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1); Stephens, M., Hazard, K., Moser, D., Cox, D., Rose, R., & Alkon, A. (2017). An integrated pest management intervention improves knowledge, pest control, and practices in family child care homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11); Tandon, P. S., Walters, K. M., Igoe, B. M., Payne, E. C., & Johnson, D. B. (2017). Physical Activity Practices, Policies and Environments in Washington State Child Care Settings: Results of a Statewide Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), pp 571–582; Williams, B. D., Sisson, S. B., Stinner, E. L., Hetrick, H. N., Dunlap, M., Graef-Downard, J., Eliot, K., Finnell, K., & Salvatore, A. L. (2021). Quality of nutrition environments, menus and foods served, and food program achievement in Oklahoma family child care homes. *Nutrients*, 13(12); Malhado, I. (2024). Amas afetas a creches familiares do setor social estão a ser dispensadas, in *Journal de Notícias online*: <https://www.in.pt/4061241718/amas-afetas-a-creches-familiares-do-setor-social-estao-a-ser-dispensadas/>

XIII Encontro Internacional de Expertos en Salud Escolar y Universitaria

18 a 24 de Novembro de 2024

Resumo da Comunicação Científica em Poster

TÍTULO: Promoção da Alimentação Saudável em Crianças de idade escolar: uma intervenção de enfermagem comunitária – Scoping Review

Autor/es: Márcia Filipa Silva Figueiredo; José Edmundo Xavier Furtado Sousa; Paulo Manuel Ferreira da Silva

Mail de todos os autores: mfigueiredo1@campus.esel.pt; jesousa@esel.pt; pmfs63@gmail.com

Palavras- chave: Obesidade infantil; hábitos alimentares; promoção da saúde; alimentação saudável; enfermagem comunitária.

Introdução: Sendo o excesso de peso e a obesidade infantil fatores de risco para a ocorrência precoce de vários problemas de saúde com efeitos a longo prazo, o desenvolvimento e implementação de estratégias para a sua prevenção e tratamento são prioridades de intervenção na área da saúde pública. Durante a infância a alimentação tem um papel prestigioso no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças, sendo neste período que se devem adequar os comportamentos alimentares. A escola assume um papel fundamental na promoção da saúde e na aquisição de hábitos alimentares saudáveis, uma vez que é neste contexto que a criança permanece grande parte do seu dia. A idade escolar torna-se crucial para a criação de hábitos saudáveis, sendo estes estruturados nesta fase de acordo com os conhecimentos adquiridos e os comportamentos e crenças concebidas que irão perdurar na vida adulta (Santos et al., 2021)

Objetivos: Mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na promoção da literacia das crianças e dos seus familiares sobre a alimentação saudável em contexto escolar.

Metodologia: Realizou-se uma revisão scoping de acordo com o processo de pesquisa de Joanna Briggs Institute (2015).

Resultados:

Os estudos revelam diversos fatores que impactam diretamente na promoção da alimentação saudável em crianças de idade escolar. A infância é uma fase crucial para a criação de hábitos alimentares saudáveis, sendo estes estruturados nesta fase de acordo com os conhecimentos adquiridos e os comportamentos e crenças concebidas que irão persistir ao longo da vida adulta (Soares & Oliveira, 2019). O ambiente familiar constitui um fator decisivo na implementação dos hábitos de vida das crianças. A evidência demonstra que nas famílias onde os pais apresentem maior nível de escolaridade e existam boas relações no seio familiar, as crianças tem maior probabilidade de adotar comportamentos saudáveis ao longo do seu desenvolvimento. A família tem uma função fundamental na educação dos hábitos alimentares, mas a escola é o local complementar da comunidade onde as crianças aprendem a transpor as aprendizagens sobre a alimentação em comportamentos saudáveis (Jasińska, M., et al., 2021).

O meio escolar influencia o comportamento alimentar infantil, considerando que muitas das refeições diárias são realizadas na escola e que este espaço é fulcral para a aprendizagem de hábitos alimentares saudáveis (Soares & Oliveira, 2019). Os profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, tem um papel crucial na capacitação dos diversos grupos comunitários, devido à sua proximidade com os mesmos, o que possibilita a realização de diagnósticos, aferindo as necessidades da comunidade, que permita traçar objetivos e delinear uma intervenção dirigida às necessidades. A intervenção junto da comunidade escolar, pretende promover a literacia em saúde das crianças e dos seus educandos sobre a alimentação saudável.

Conclusões:

O crescimento infantil é reconhecido internacionalmente como um importante indicador do estado nutricional e de saúde das populações. A promoção de hábitos de vida saudáveis, contribui para o bem-estar a nível físico e mental, constituindo um enorme aliado no desenvolvimento humano, sobretudo na infância. Assim, torna-se fundamental intervir junto da comunidade escolar, aliando a Educação para a Saúde e a literacia nutricional à implementação de ações condutoras a uma alimentação saudável, o espaço escolar revela-se como um ambiente promotor de saúde através da modificação de comportamentos alimentares, de capacitação dos alunos, encarregados de educação e professores.

Referências Bibliográficas:

- Alves, G., & Cunha, T. C. (2020). A importância da alimentação saudável para o desenvolvimento humano. *Humanas & Sociais Aplicadas*, 10(27), 46–62. <https://doi.org/10.25242/8876102720201966>;
- Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal (2022) Ana Rito, Sofia Mendes, Joana Baleia, Maria João Gregório. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/8630/4/INSA-Relatorio-COSI2022.pdf>;
- Direção-Geral da Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf;
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Direção Geral da Saúde <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>;

Jasińska, M., Strzelecka, A., Chmielewski, J., Wolak, P., Stanisławska, I., Choina, P., Kordyzon, M., & Nowak- Starz, G. (2021). Quality of life, health, eating habits and physical development of middle school adolescents in the Świetokrzyskie. *Annals of*

Agricultural and Environmental Medicine, 28(4), 659–666.
<https://doi.org/10.26444/aaem/141624>;

ONU (2015). Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável;

Soares, J., & Oliveira, G. (2019). O papel da escola na construção de uma alimentação saudável. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 9(1), 176-186.
<http://dx.doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/papel-da-escola>;

Santos, F. P. dos, Ramos, P., Giannella, T. R., & Struchiner, M. (2021). Na trilha da alimentação: Promovendo a reflexão sobre hábitos alimentares saudáveis na escola. *EMosaicos*, 10(23), 351–365. <https://doi.org/10.12957/e-mosaicos.2021.48433>; *Journal of Health Promotion*, 37(2), 243–262. <https://doi.org/10.1177/08901171221113836>;

The Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. The Joanne Briggs Institute. <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>;

WHO (2021). FACTSHEET Obesity and overweight. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.

Promoção da Alimentação Saudável em Crianças de idade escolar: uma intervenção de enfermagem comunitária – *Scoping Review*

Figueiredo, Márcia Filipa Silva; Sousa, José Edmundo Xavier Furtado; Silva, Paulo Manuel Ferreira

OBJETIVOS

Mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na promoção da literacia das crianças e dos seus familiares sobre a alimentação saudável em contexto escolar.

REVISÃO

Introdução: Sendo o excesso de peso e a obesidade infantil fatores de risco para a ocorrência precoce de vários problemas de saúde com efeitos a longo prazo, o desenvolvimento e implementação de estratégias para a sua prevenção precoce e tratamento são prioridades de intervenção na área da saúde pública.

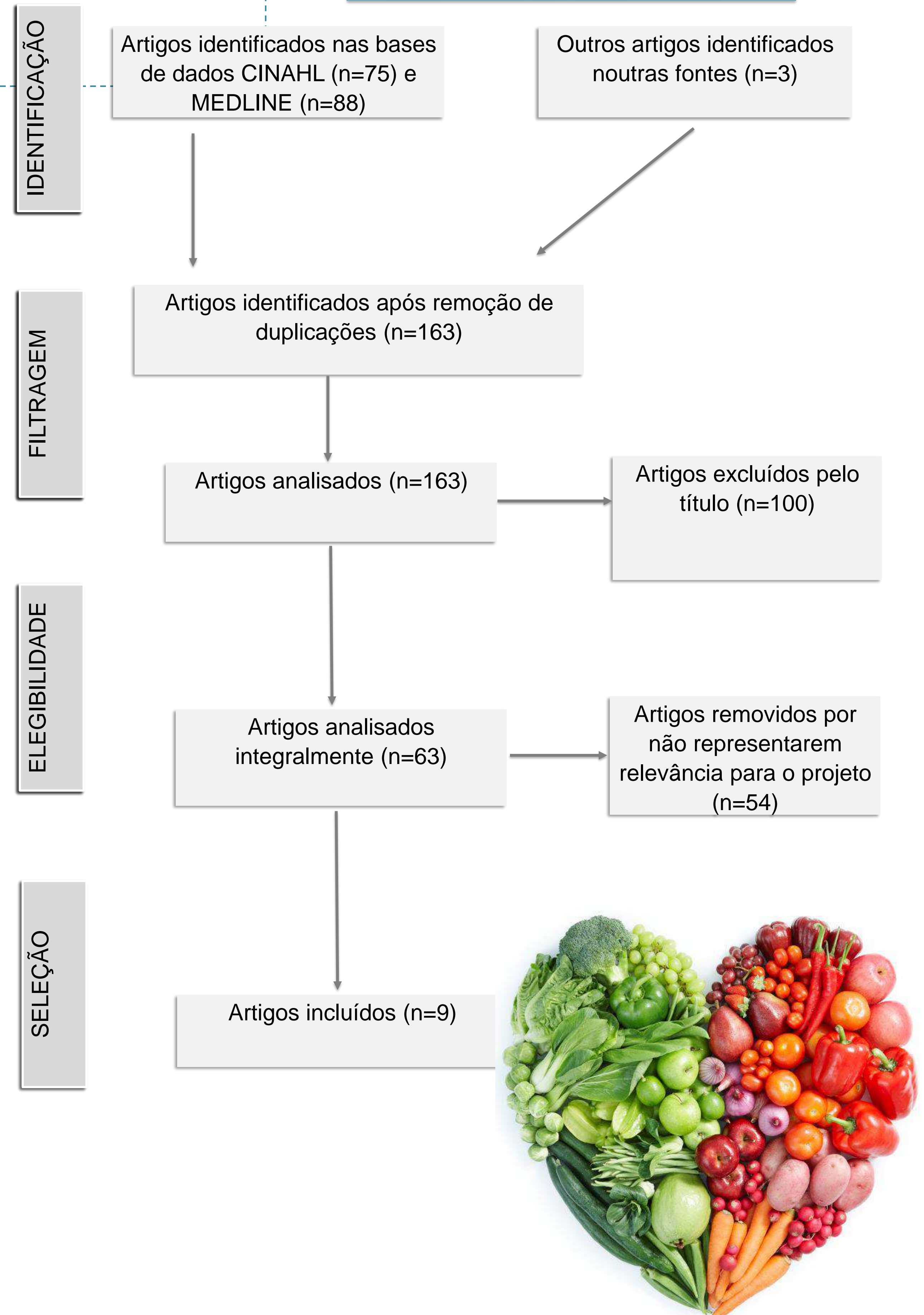
Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na promoção da literacia das crianças e dos seus familiares sobre a alimentação saudável em contexto escolar.

Metodologia: Realizou-se uma revisão *scoping* de acordo com o processo de pesquisa de *Joanna Briggs Institute* (2015).

Resultados: Famílias onde os pais apresentem maior nível de escolaridade e existam boas relações no seio familiar, revelam que as crianças tem maior probabilidade de adotar comportamentos saudáveis ao longo do seu desenvolvimento (Santos & Oliveira, 2019).

A família tem uma função fundamental na educação dos hábitos alimentares, mas a escola é o local complementar da comunidade onde as crianças aprendem a transpor as aprendizagens sobre a alimentação em comportamentos saudáveis (Jasińska, M., et al., 2021). Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, tem um papel crucial na capacitação dos diversos grupos comunitários, devido à sua proximidade com os mesmos, o que possibilita a realização de diagnósticos, aferindo as necessidades da comunidade, que permita traçar objetivos e delinear uma intervenção dirigida às necessidades. A intervenção junto da comunidade escolar, pretende promover a literacia em saúde das crianças e dos seus educandos sobre a alimentação saudável.

Prisma Flow diagram



CONCLUSÃO

O crescimento infantil é reconhecido internacionalmente como um importante indicador do estado nutricional e de saúde das populações. A promoção de hábitos de vida saudáveis, contribui para o bem-estar a nível físico e mental, constituindo um enorme aliado no desenvolvimento humano, sobretudo na infância. Assim, torna-se fundamental intervir junto da comunidade escolar, aliando a Educação para a Saúde e a literacia nutricional à implementação de ações condutoras a uma alimentação saudável, o espaço escolar revela-se como um ambiente promotor de saúde através da modificação de comportamentos alimentares, de capacitação dos alunos, encarregados de educação e professores.



Bibliografia



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Caracterización clínico-epidemiológica de estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas Mariana Grajales Coello de Holguín. 2024

MSc.Dra. Antonia Miladys González Rodríguez 1 Dr. Erik Díaz González2,. MSc Gisel Fernández Martínez. 3 amiladys@nauta.cu, amiladys5455@gmail.com

OBJETIVOS

Caracterizar clínica-epidemiológicamente una población universitaria, pertenecientes a la Facultad de ciencias médicas Mariana Grajales Coello de Holguín, abril -julio 2023

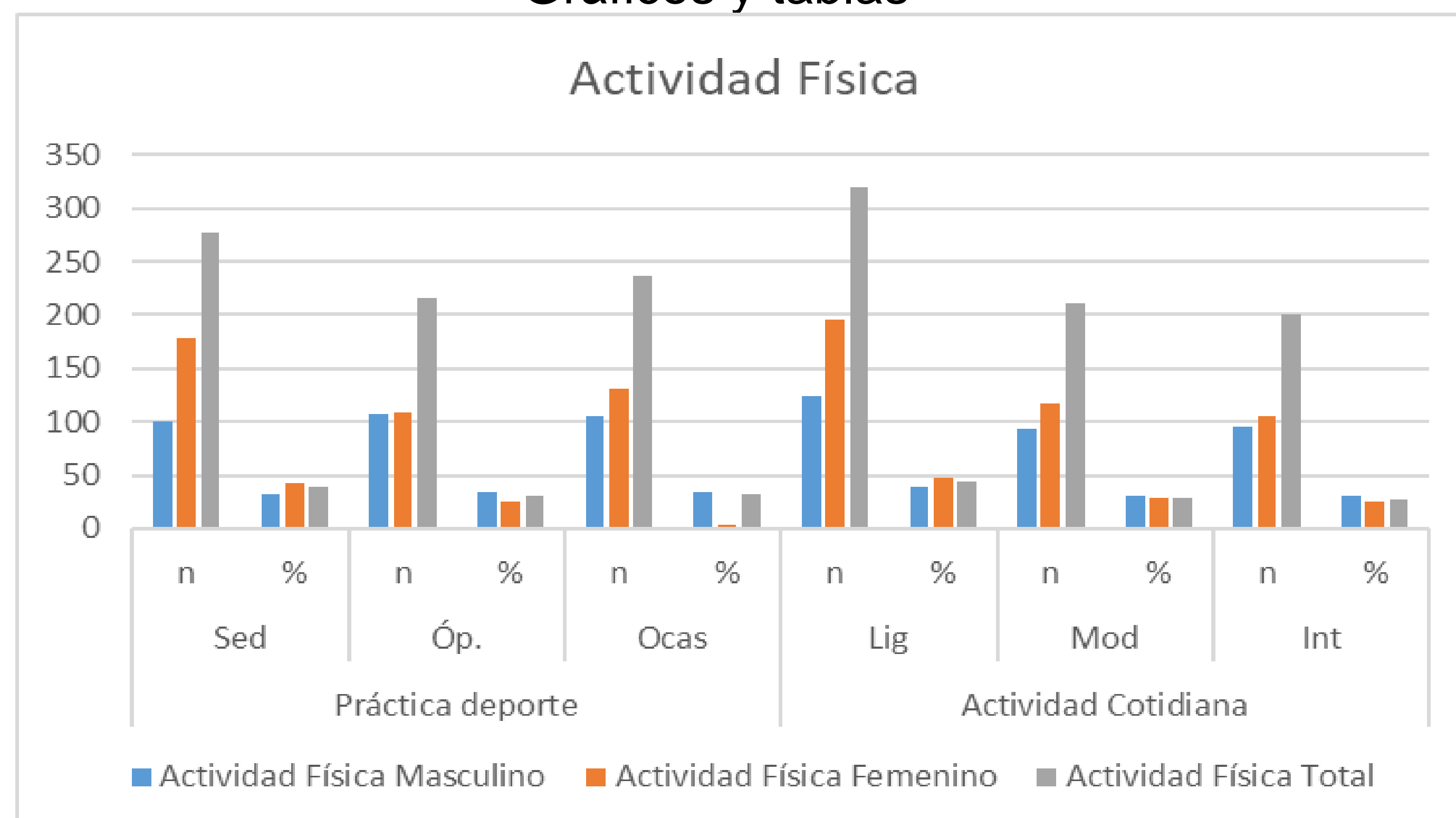
MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, el universo de estudio 2761 estudiantes según matrícula de la carrera de medicina, de este universo la población objeto de estudio, 730 personas de 19 a 24 años. Se utilizó encuesta validada CIRAH(ATECOM), por el equipo de salud que brinda los servicios de salud en la institución para recolectar las variables que se incluyen en el estudio, (edad, sexo, hábitos tóxicos: tabaquismo fuma al menos 1 cigarro o tabaco en el último año y abandono en menos de un año, IMC (índice de masa corporal: peso en Kg. y talla en cm), estilos de vida, hábitos dietéticos, actividad física: práctica de deporte y actividad cotidiana. Criterios de inclusión: Tener 18 a 25 años cumplidos, ser estudiante universitario de curso regular diurno, carrera de medicina. Criterio de exclusión: Pacientes portadores de enfermedades neoplásicas, neurológicas o infecciosas graves, u otras enfermedades crónicas que comporten un mal pronóstico a corto o mediano plazo. Criterio de salida: No obtención de todas las variables por cualquier causa, o que se presenten las enfermedades incluidas como criterio de exclusión.

RESULTADOS

El sexo masculino es el de mayor prevalencia de tabaquismo y a pesar de la tendencia a aumentar el consumo de tabaco en el sexo femenino todavía existen diferencias. La proporción de fumadores resultó mayor en el grupo de 18-21 años, 25,32%, se puede afirmar que el 53,4 % de la población estudiada refirió fumar o haber fumado alguna vez, lo que se consideró un aspecto negativo para la salud general de esta población. La categoría "no fumador" presentó el 46.5%, más frecuente en el sexo femenino, resultado que en esta categoría difiere, y coincide en este mismo estudio, en los aspectos relacionados con que las proporciones de fumadores fueron mayores en el sexo masculino, mientras que las proporciones de no fumadores, fumador pasivo y exfumador, resultaron mayores en el sexo femenino. La población estudiada, se caracteriza por ser normopeso seguido de sobrepeso, mayor frecuencia en el sexo femenino. En los hábitos dietéticos predominaron malos hábitos dietéticos (41.3 %), seguido por hábitos pésimos (33.3%), correspondiéndose con el nivel del desarrollo social-económico que ha condiciona cambios importantes en hábitos dietéticos caracterizados por el aumento del consumo de grasa de origen animal y el aumento de comidas rápidas.

Gráficos y tablas



Se analizó la actividad física de la población universitaria estudiada, según práctica de deporte predominó el sedentarismo (38.1%), sexo femenino con 42,3%.

En relación con la actividad cotidiana existió predominio de forma general en la población estudiada de la actividad ligera (43.7 %), con mayor incidencia del sexo femenino (46.7%).

CONCLUSIONES

La población estudiada en su mayoría del sexo femenino, del grupo de 18 -21 años con mayor frecuencia de exposición al humo del tabaco. Teniendo en cuenta la IMC, predominó la categoría de normopeso, en general la población mantiene un estilo de vida intermedio y no recomendado acompañado de actividad cotidiana ligera y sedentaria. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio se recomienda incrementar las actividades promoción y prevención de salud dentro de la población universitaria para identificar desde los factores de riesgo aterogénicos presentes y promover cambios de modos y estilos de vida.

REFERENCIAS

1. Nerín de la Puerta I, Guillén Gil D, Más Sánchez A. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Paudan, 2001; 27-55.
2. Campos Pupo E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo. Población 10 años y más. Área de Salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez", Ciudad de la Habana, 2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud.
3. Comportamiento De Riesgo En Estudiantes Universitarios: La Ruta Para Enfocar Acciones Educativas Desde Los Currículos. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia), vol.15, núm.1, pp.130-153, 2019. Universidad de Caldas.

Caracterización clínico-epidemiológica de estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas Mariana Grajales Coello de Holguín. 2024

Autore(a)s: MSc.Dra. Antonia Miladys González Rodríguez¹ Dr. Erik Díaz González², MSc Gisel Fernández Martínez.³ amiladys@nauta.cu, amiladys5455@gmail.com

¹ Especialista 1er y 2do grados en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Máster en Investigaciones en Aterosclerosis. Profesora Auxiliar. FCM Mariana Grajales Coello,

² Médico Residente 4to año Histología. Profesor Instructor. ³ Especialista 1er grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Asistente

Modalidad Póster.

Resumen

Introducción: Los servicios de salud universitaria tienen por objetivo promover la prevención de enfermedades y trastornos de índole psicosociales de la población estudiantil, así como la protección, recuperación y rehabilitación, dentro del entorno escolar. La aterosclerosis es una enfermedad de origen multifactorial. El estudio y abordaje de sus factores de riesgo modificables y la actuación sobre estos factores puede cambiar positivamente la situación de salud. La visión de la salud, vista por definiciones contemporáneas se centra en la capacidad de la persona para hacer frente a las demandas de la vida a través de un equilibrio entre la ausencia de enfermedad y deficiencia, y su capacidad para funcionar en su entorno social y físico. La salud escolar se centra en promover el bienestar físico, mental y social de los estudiantes dentro de su entorno. Objetivo: Realizar una caracterización de los factores de riesgo aterogénico de estudiantes de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello, de Holguín. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, para identificar factores de riesgo aterogénicos entre enero 2023 a julio 2024, incluyó 730 estudiantes del 1ro al 5to año de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello, con edades comprendidas entre 19 y 24 años, de ambos sexos y que no referían algún síntoma o enfermedad. Se aplicó encuesta validada CIRAH (ATECOM), por el equipo que brinda los servicios de salud que en la institución. Las variables estudiadas fueron: sexo, hábito de fumar, estado nutricional, estilo de vida, hábitos dietéticos, actividad física. Resultados: La población se caracterizó por predominio del sexo femenino (57.3%), el 53.3 % tenían

como hábito tóxico el tabaquismo, caracteriza por ser una población normopeso (47,5%) predominando el sexo femenino, 27.6 %), el estilo de vida no recomendado el que predominó (36.3 los malos hábitos dietéticos (41.5%), según la actividad física: la práctica de deporte predominó el sedentarismo (38.1%) y en el sexo femenino con 42,3%,. Conclusiones: Es una población con de factores de riesgo relacionado con los malos hábitos y estilos de vida, es necesario incrementar las actividades promoción y prevención de salud en los servicios de salud que se prestan en la institución universitaria para identificar los factores de riesgo aterogénicos y promover cambios de modos y estilos de vida.

Palabras claves: factores de riesgo aterogénicos

MeSh: factors of risk,

Introducción

La visión de la salud, vista por definiciones contemporáneas se centra en la capacidad de las personas para hacer frente a las demandas de la vida a través de un equilibrio entre la ausencia de enfermedad y deficiencia, y su capacidad para funcionar en su entorno social y físico. La relación entre la salud y los determinantes sociales, es evidente durante las etapas de desarrollo, como la adolescencia y adultez temprana, periodos que los individuos desarrollan inmunógenos y patógenos conductuales de por vida, resulta exitosa para el diseño e implementación de acciones de salud, visualizando la equidad como aspecto ético, teniendo en cuenta que el género interviene y condiciona el perfil epidemiológico de la salud de las personas, el logro de objetivos sanitarios, la calidad y eficiencia de los servicios de salud¹. Las poblaciones difieren biológica y fisiológicamente según sexo biológico, favoreciendo la presencia de condiciones, enfermedades o factores que son exclusivos de uno u otro sexo, teniendo diferentes problemas de salud, no sólo por pertenecer biológicamente a sexos distintos, sino también por vivir en sociedades que interpretan sexos distintos². La interpretación social contemporánea que se hace a partir de la pertenencia a uno u otro sexo, implica la desventaja de uno con respecto al otro en ciertas dimensiones, que conllevan afectaciones generales y particulares como puede ser la salud y la sobrevivencia de hombres y mujeres³. La experiencia universal, muestra que las mujeres viven en promedio más que los hombres, ventaja de supervivencia que no se corresponde necesariamente con una mejor salud, de hecho, las mujeres padecen más enfermedades y cargan con ellas en sus más largas vidas⁴. La diferencia de la supervivencia en el caso cubano es además reducida comparada

con otros países⁵. De acuerdo a los estimados más recientes publicados por la Oficina Nacional de Estadística de Cuba ⁴.

La identificación de las diferencias de la morbilidad entre mujeres y hombres marca el camino para la determinación de los factores que conducen a esas brechas, todo lo cual es necesario para su disminución⁷ En la actualidad, la mejor manera de predecir la aparición de enfermedades cardiovasculares es la detección de los factores de riesgo que se sabe están asociados a una mayor predisposición para el desarrollo de estas enfermedades. Entre ellos, la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo, la diabetes mellitus, estado nutricional, estilos de vida son considerados factores de riesgo, que han demostrado claramente su asociación con las enfermedades cardiovasculares⁸. La evidencia científica permite identificar comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios relacionados con sus hábitos y estilos de vida, sobre los cuales es necesario orientar acciones educativas en el contexto de los diseños curriculares universitarios con enfoque humanístico. Nuestro objetivo: Realizar una caracterización clínica-epidemiológica de una población universitaria, pertenecientes a la Facultad de ciencias médicas Mariana Grajales Coello de Holguín, abril -julio 2023

Material y Método encuesta validada CIRAH (ATECOM), por el equipo que brinda los servicios de salud que en la institución

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, el universo de estudio 2761 estudiantes según matrícula de la carrera de medicina, de este universo la población objeto de estudio, 730 personas de 19 a 24 años. Se utilizó encuesta validada CIRAH(ATECOM), por el equipo de salud que brinda los servicios de salud en la institución para recolectar las variables que se incluyen en el estudio, (edad, sexo, hábitos tóxicos: tabaquismo fuma al menos 1 cigarro o tabaco en el último año y abandono en menos de un año, IMC (índice de masa corporal: `peso en Kg. y talla en cm), estilos de vida, hábitos dietéticos, actividad física: práctica de deporte y actividad cotidiana. Criterios de inclusión: Tener 18 a 25 años cumplidos, ser estudiante universitario de curso regular diurno, carrera de medicina. Criterio de exclusión: Pacientes portadores de enfermedades neoplásicas, neurológicas o infecciosas graves, u otras enfermedades crónicas que comporten un mal pronóstico a corto o mediano plazo. Criterio de salida: No obtención de todas las variables por cualquier causa, o que se presenten las enfermedades incluidas como criterio de exclusión.

Análisis estadístico: Se confecciona un modelo de recolección de datos y se procesan en un programa SPSS 15.0 para WINDOWS se obtiene los resultados y se confeccionan tablas. Se realizan los análisis de la estadística descriptiva cálculo de frecuencia, porcentajes.

Aspectos éticos: A todos los sujetos que cumplían con los criterios clínicos de inclusión, se les explicó en qué consistía el estudio, el tiempo de duración y la frecuencia de las consultas y se pidió su consentimiento informado

Resultados

Tabla No1. Distribución de la población estudiada por grupos etáreos y sexo. FCM Mariana Grajales Coello, 2024.

Grupos etáreos	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
19-24	312	42.7	418	57.3	730	100

Fuente: Modelo de recolección de datos

La población estuvo compuesta por 730 estudiantes de 19-24 años con predominio del sexo femenino 57,3%.

Tabla No 2. Frecuencia de tabaquismo en la población estudiada, según edad y sexo.

Sexo	No		Si		Total	
	No	%	No	%	No	%
Femenino	198	53.9	169	46.1	367	100
Masculino	143	39.4	220	60.6	363	100
Total	341	46.7	389	53.3	730	100

Fuente: Modelo de recolección de datos

Del total de estudiantes de la investigación, el 53.3 % tenían como hábito tóxico el tabaquismo, existió un predominio del sexo masculino sobre el femenino lo que resultó significativo en el análisis estadístico. (Tabla 1)

Tabla No 3. Distribución de la población estudiada según estado nutricional y sexo.

IMC	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%

BP	18	2.5	14	1.9	32	4.4
NP	149	20.4	201	27.6	350	47.9
SP	95	13.0	166	22.7	261	35.8
O	50	6.8	37	5.1	87	11.9
Total	312	42.7	418	57.3	730	100

Fuente: Modelo de recolección de datos. BP: bajo peso, NP: normopeso. SP: sobrepeso. O: obeso

En la Tabla No 3, se observa que la población se caracteriza por ser una población normopeso con 350 personas en ésta categoría, (47,5%) predominando el sexo femenino.

Tabla No 4. Estilo de vida por sexo

Estilo de vida	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Intermedio	178	24.4	123	16.9	301	41.3
Recomendado	74	10.13	90	12.3	164	22.4
No recomendado	59	8.08	206	28.2	265	36.3
Total	311	42.6	419	57.4	730	100

Leyenda: M: Masculino F: Femenino

Recomendado: No fumador, buenos hábitos dietéticos, practica deporte y/o actividad física intensa

No Recomendado: Fumador activo, hábitos dietéticos malos o pésimos, no practica deporte y/o actividad física ligera o moderada

Intermedio: Intermedia entre estos dos parámetros

Al analizar los estilo de vida, se observa que el 36.3 % de la población sigue un estilo de vida no recomendado, teniendo 41.3 % con estilo de vida en la clasificación intermedia y el 22.4 % sigue el estilo de vida recomendado.

Al relacionarlo por sexo se obtuvo que en la clasificación estilo de vida intermedio que fue la que predominó en el sexo masculino (24.4 %) y el no recomendado en sexo femenino (28,2%), resultando el estilo de vida no recomendado el que predominó (36.3%), los incluidos en la clasificación de estilos de vida recomendados resultaron los menos representados en esta población con 22.4 %, el comportamiento fue similar en ambos sexos.

Tabla No. 5: Hábitos dietéticos de la población por sexo

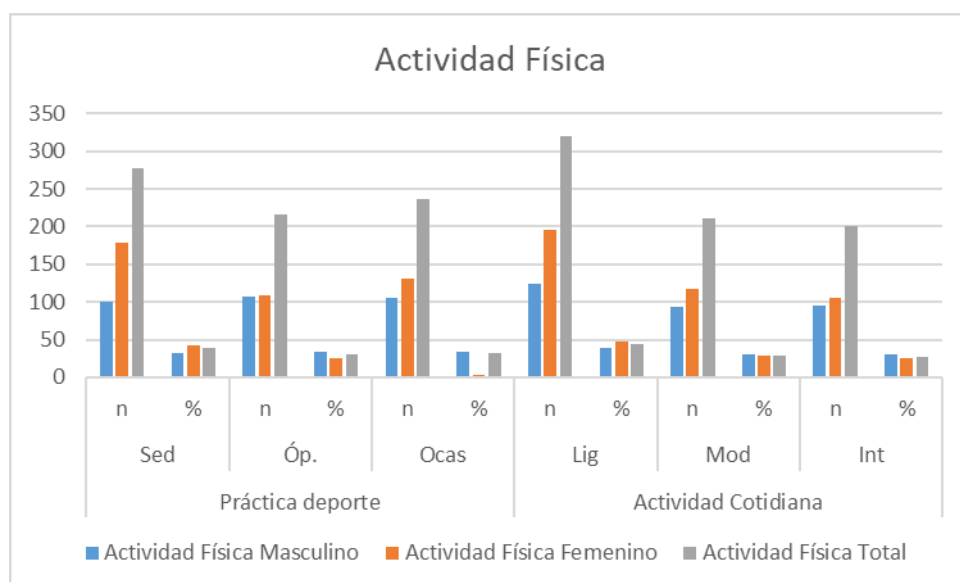
Hábitos dietéticos	Masculino	Femenino	Total

Bueno	n	78	108	186
	%	10.7	14.8	25.5
Malo	n	130	173	303
	%	17.8	23.7	41.5
Pésimo	n	104	137	241
	%	14.2	18.8	33
Total	n	312	418	730

Fuente: Modelo de recolección de datos. BP: bajo peso, NP: normopeso. SP: sobrepeso. O: obeso

Los hábitos dietéticos de la población investigada por sexo predominaron los malos hábitos dietéticos (41.5%), seguidos de los pésimos (33 %); en el sexo femenino predominan los malos hábitos (23.7%) seguido de los pésimos (33%), los buenos hábitos dietéticos fueron los menos representados (25.5%).

Gráfico I: Actividad física de la población por sexo



Actividad física : Sed: sedentarismo Óp: Óptimo Ocas: Ocasional
Actividad cotidiana: Lig: Ligera Mod: Moderada Int: Intensa

Se analizó la actividad física de la población universitaria estudiada, según práctica de deporte predominó el sedentarismo (38.1%), sexo femenino con 42,3%.

En relación con la actividad cotidiana existió predominio de forma general en la población estudiada de la actividad ligera (4 3.7 %), con mayor incidencia del sexo femenino (46.7%).

Discusión.

La esperanza de vida al nacer y la estrecha brecha entre sexos, es objeto de estudio permanente por numerosos investigadores⁶ En nuestro estudio encontramos predominio de estudiantes del sexo femenino. En estudio realizado es apreciable que el sexo masculino es el de mayor prevalencia de tabaquismo y a pesar de la tendencia a aumentar el consumo de tabaco en el sexo femenino todavía existen diferencias, lo que apunta hacia la importancia de definir las estrategias preventivas con enfoque de género ¹⁰. La proporción de fumadores resultó mayor en el grupo de 18-21 años, 25,32 % lo que coincide con otros resultados de la literatura nacional¹¹ se puede afirmar que el 53,4 % de la población estudiada refirió fumar o haber fumado alguna vez, lo que se consideró un aspecto negativo para la salud general de esta población. En cuanto a la categoría de no fumador se observa que representaron el 46.5%, más frecuente en el sexo femenino, resultado que en esta categoría difiere, y coincide en este mismo estudio, en los aspectos relacionados con que las proporciones de fumadores fueron mayores en el sexo masculino, mientras que las proporciones de no fumadores, fumador pasivo y exfumador, resultaron mayores en el sexo femenino^{11; 12}. La prevalencia de sobrepeso en nuestro país según encuesta nacional de factores de riesgo es de 32 % y de obesidad de 21 %, y mayormente con la obesidad androide y la obesidad abdominal, en el estudio realizado consideramos como riesgo un IMC mayor a 25.¹³, la población universitaria estudiada, se caracteriza por ser normopeso seguido sobrepeso, con mayor frecuencia en el sexo femenino; en nuestro estudio no corroboramos, la relación entre el aumento de peso y la edad evidenciada en numerosos estudios analizados ⁽¹⁴⁻²¹⁾. Autores que realizaron un estudio de artículos originales sobre los factores de riesgo en los jóvenes de diferentes países, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, España, México, encontrando en los estudiantes encuestados, resultados similares a los nuestros , el 45.2% presentaron alteración en el índice de masa corporal; el 38% registraron inactividad física y el 24.8 % de los estudiantes declararon ser fumadores, y el IMC influyen de manera directa sobre la presión arterial de los estudiantes universitarios, al ser el IMC el factor de riesgo modificable, la opción para controlar y retrasar la aparición de la hipertensión en jóvenes universitarios es realizar esfuerzos para mantener un peso saludable en esta población¹². Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son una de las principales causas de muerte en el mundo, y la mayoría de los pacientes presentan uno o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV), sino aplicar una estrategia de manejo según el riesgo cardiovascular (RCV) global. Está ampliamente demostrada la importancia del manejo adecuado de los factores de riesgo, aplicando estrategias de manejo según el riesgo que presentan los pacientes ya sea como

prevención primaria o secundaria y su impacto en el desarrollo de enfermedades tempranamente para categorizarlos y establecer de manera apropiada el tratamiento.

En relación con los hábitos dietéticos predominaron los malos hábitos dietéticos (41.3 %), seguidos los hábitos pésimos (33.3%), correspondiéndose con el nivel del desarrollo social-económico de las últimas décadas que ha condicionado cambios importantes en los hábitos dietéticos caracterizados por el aumento del consumo de grasa de origen animal y el aumento de comidas rápidas, la mayoría con alto contenido de azúcar, grasa, bajos en nutrientes y densos en energía. El consumo de comidas rápidas se ha convertido en el principal componente de la dieta en los países desarrollados representando el 20-30% del total de energía ingerida, incrementando el riesgo de la aparición de nuevas enfermedades crónicas, a veces de difícil diagnóstico y control. Los hábitos de alimentación se asocian con un incremento del riesgo de aterosclerosis. ⁽²²⁾

Modificaciones de la dieta se acompañan de importantes cambios en estilos de vida. Es difícil determinar cuantitativamente en qué proporción la dieta es responsable de la aparición de estos problemas de salud, pero existe acuerdo en que por medio de modificaciones dietéticas pueden disminuirse sustancialmente estas enfermedades.⁽²³⁾ Hoy se sabe que las consecuencias de este hábito favorece el proceso aterogénico y lo beneficioso es introducir grasas insaturadas de origen vegetal, ejemplo práctico es la dieta mediterránea o cardiosaludable que tiene en sus componentes este elemento. ⁽²⁴⁾

La actividad física produce cambios en casi todos los sistemas del organismo, la función cardiovascular, al ocurrir cambios importantes en la bomba cardiaca central y en la regulación vasomotora periférica de la distribución sanguínea. Los efectos favorables del ejercicio físico han sido aceptados pues favorecen la modificación en los factores de riesgo que comprenden el patrón lipídico, la glucemia, la hipertensión, el sobrepeso y otros ⁽²⁵⁾

En nuestra investigación obtuvimos que la actividad física de la población predomina el sedentarismo con mayor incidencia en el sexo femenino en ambos grupos de edad con su mayor representación en el de 22-25 años, acompañada de la actividad cotidiana evaluada como ligera con mayor representación en el sexo masculino, en los grupos de 18-21 años, en el sexo femenino en el grupo de 22-25 años, posiblemente como resultado de la incorporación progresiva de este grupo poblacional a la actividad física mediante la realización de ejercicios ligeros, relacionados con la actividad estudiantil.

La inactividad física es un factor de riesgo de primer orden, hay suficiente evidencia científica para considerarla así, ya que facilita la aparición de enfermedades cardíacas, algunos tipos de cáncer, diabetes tipo 2, infarto de miocardio y ciertos desórdenes musculoesqueléticos. Un estilo de vida físicamente activo mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, por tanto el sedentarismo es uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población general. ⁽²⁶⁾

Estudios publicados refieren que los beneficios de la actividad física y el deporte se pueden constatar en las poblaciones de distintos grupos como con afecciones cardiovasculares o no. Su fomento en todas las edades debería ser aconsejado y apoyados profesionalmente para incrementar su actividad física de forma segura, hasta alcanzar niveles compatibles con el menor riesgo cardiovascular posible. ⁽²⁵⁾

La práctica habitual de ejercicios físicos origina disminución de la morbimortalidad,. Está demostrado que la inactividad física representa un importante factor de riesgo cardiovascular.^(25,27, 30) El ejercicio físico de intensidad moderada y aeróbico y contribuye a mantener el peso. ⁽²⁵⁾

Conclusiones

- La población estudiada en su mayoría del sexo femenino, del grupo de 18 -21 años con mayor frecuencia de exposición al humo del tabaco.
- Teniendo en cuenta la IMC, predominó la categoría de normopeso, en general la población mantiene un estilo de vida intermedio y no recomendado acompañado de actividad cotidiana ligera y sedentaria.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio se recomienda incrementar las actividades promoción y prevención de salud dentro de la población universitaria para identificar desde los factores de riesgo aterogénicos presentes y promover cambios de modos y estilos de vida.

Referencias bibliográficas

1. Pérez m a. Promoción de estilos de vida saludables entre estudiantes universitarios. Rev. Fac. Med. Hum. 2022; 22(2):434-43. ISSN versión online:2308-0531
2. Torres R. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. 1990-2001. Trabajo para optar por el título de master en estudios de población. Ciudad de La Habana 2003. Torres R. Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. 1990-2001. Trabajo para optar por el título de master en estudios de población. Ciudad de La Habana 2003.
3. López L. Diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer en Cuba. Trabajo para optar por el título de master en estudios de población. Ciudad de La Habana,2003.
4. Anuario Estadístico de Salud. Ministerio de salud pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Datos demográficos: La esperanza o expectativa de vida 2022. Cálculo y análisis por sexo y edades. La Habana, 2023. versión electrónica ISSN: 1561-4433. pág. 15.
5. Anuario Estadístico de Salud. Ministerio de salud pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Población media y densidad de población según grupo de edad y provincia. 2022. La Habana, 2023. versión electrónica ISSN: 1561-4433. pág. 17.
6. Anuario Estadístico de Salud. Ministerio de salud pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Indicadores de natalidad, 2022. La Habana, 2023. versión electrónica ISSN: 1561-4433. pág. 21
7. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(2).
8. Tomas Abadal L, Varas Lorenzo C, Pérez I, Puig T, Balaguer Vintró I. Factores de riesgo y morbimortalidad coronaria con una cohorte laboral mediterránea seguida durante 28 años. Estudio Manresa. Rev Esp Cardiol 2001;54:1146-54.
9. Gran Álvarez M, Torres Vidal. R M Téc. Martínez Morales M.Salud y sobrevida de la mujer cubana. 1990-2009.Ministerio De Salud Pública De Cuba dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud,la habana ,enero,2011

10. Nerín de la Puerta I, Guillén Gil D, Más Sánchez A. El tabaquismo como problema de salud pública. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Paudan, 2001; 27-55.
11. Campos Pupo E. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo. Población 10 años y más. Área de Salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez", Ciudad de la Habana, 2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud.
12. Comportamiento De Riesgo En Estudiantes Universitarios: La Ruta Para Enfocar Acciones Educativas Desde Los Currículos. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia), vol.15, núm.1, pp.130-153, 2019. Universidad de Caldas.
13. Dirección Nacional de Registros y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2021. La Habana: MINSAP, 2021. ISSN: versión electrónica 1561-4433. pág. 27.
14. Berdasco A, Romero del Sol J, Jiménez JM. Circunferencia de la cintura en adultos de Ciudad de la Habana como indicador de riesgo de morbilidad, Revista Cubana Aliment Nutr. 2002; 16(1):48-53
15. Dueñas H, A. La hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina. 2011;50(3):232-33
16. Dr. Jorge Pablo Alfonzo Guerra Prehipertensión: mito o realidad Revista Cubana de Medicina. 2011;50(3):289-01
17. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Pressure. The JNC 7 Report. JAMA.2003;289:2560-71.
18. Toprak A, Wang H, Chen W, Paul T, Ruan L, Srinivasan S, Berenson G. Prehypertension and black-white contrasts in cardiovascular risk in young adults. Bogalusa Heart Study. Hypertension. 2009;27:243-50.
19. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistic-2009 update: a report from the American Heart Association Statistic committee and stroke Statistic Subcommittee. Circulation. 2009 Jan 27;119(3):e21-181
20. Montalbán Gil E, Zorrilla Torras B, Ortiz Marrón H, Martínez Cortés M, Donoso Navarro E, Nogales Aguado P, de la Calle Blasco H, Medrano Albero M J, Cuadrado Gamarra I. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC *Gaceta Sanitaria*, 2009; Volume 24, Issue 3, Pages 233-40

21. Dr. Mikhail Benet Rodríguez, (1) Dr. Alain Morejón Giraldoni,(2) Dr. Alfredo Darío Espinosa Brito,(3) Dr. Orestes Orlando Landrove, (4) Dra. Dania Peraza Alejo,(5) Dr. Pedro Ovidio Orduñez García. (6) Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2010; 8(2)
22. Guía de Dislipidemias. SEC-SEA 2019. Comentarios desde la perspectiva del médico de familia. 2020. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. ISBN: 978-84-121938-0-0
23. L. Serra Majem y cols. Nutrición. Requerimientos nutricionales e ingestas recomendadas* FARRERAS. MEDICINA INTERNA (2008). Capítulo 235. Pág. 2001.
24. Conferencia impartida en Maestría Aterosclerosis, evento ATEROforum, "Nutrición". La Habana. 2017
25. Navarro Ríos, R.R. Ejercicio: antídoto universal para la aterosclerosis MediSur v.8 n.5 Cienfuegos sep.-oct. 2010
26. Díaz-Perera, G, Concepción Quero F, Quintana Setién C, Alemañy Pérez E. Factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en pacientes diabéticos. Rev haban cienc méd v.9 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2010
27. Van de Werf F. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2009; 62(3):e1-e47
28. Van de Werf F. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2009; 62(3):e1-e47



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

El médico de familia en la vigilancia centinela de enfermedades no transmisibles en niños y adolescentes. Municipio Cerro 2019

Autores: Dr. Juan Aguilar Valdés*, Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu*, Dr. Osvaldo Reyes Cumbá*, Dra. Laritza Larrionda Grimón*, Dra. Susana Balcindes Acosta*

*Centro de Trabajo *: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y

Microbiología. (INHEM)

Correspondencia: Dr. Juan Aguilar Valdés : uvsinhem1@sld.cu, jaguilarv@infomed.sld.cu

MÉTODO/ METHOD

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Identificar las posibilidades de participación del médico de familia en la vigilancia centinela de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en niños y adolescentes.

Se realizó un proyecto de tipo exploratorio descriptivo en el año 2019, para ello se seleccionaron dos consultorios del médico y enfermera de la familia del municipio Cerro, se confeccionaron los instrumentos e instructivos necesarios y un taller de entrenamiento con los médicos seleccionados, se realizó la dispensarización de los niños y adolescentes de cada consultorio y se procesó la información.

RESULTADOS/ RESULTS

La prevalencia de las enfermedades dispensarizadas fue superior a la que se reporta habitualmente en el país. Los factores de riesgo incluidos a la dispensarización habitual, como prehipertensión, sobrepeso, fumar, fumador pasivo, fumar o ingerir alcohol la madre durante el embarazo, bajo peso al nacer, la lactancia materna exclusiva menos de 6 meses, dormir menos tiempo del necesario para la edad y estar frente a pantallas tiempo excesivo, tuvieron prevalencias elevadas.

Tabla 1 Enfermedades no transmisibles dispensarizadas en los niños y adolescentes de ambos consultorios del policlínico Héroes de Girón. Cerro 2019

Enfermedades y factores de riesgo	Grupos de edades							
	1-4 n= 61		5-9 n=73		10-14 n=82		15-18 n=112	
	#	%	#	%	#	%	#	%
2160 Enfermo consumo de drogas.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2170 Riesgo de consumo de drogas	9	14,7	14	19,2	19	23,2	25	22,3
Riesgo individual	1	1,6	7	9,6	6	7,3	4	3,6
Riesgo familiar	6	9,8	9	12,3	17	20,7	16	14,3
Riesgo social	3	4,9	5	6,8	12	14,6	22	19,6
2210 Sedentarismo	7	11,5	3	4,1	8	9,8	14	12,5
2240 Enfermo consumo de alcohol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2220 Riesgo de consumo de alcohol	10	16,4	16	21,9	35	42,7	46	41,1
Riesgo individual	0	0,0	0	0,0	20	24,4	30	26,8
Riesgo familiar	6	9,8	14	19,2	21	28,0	21	18,8
Riesgo social	10	16,4	14	19,2	21	25,6	29	25,9
2230 Tabaquismo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fuma el niño o adolescente	0	0,0	0	0,0	21	25,6	50	44,6
Fumadores pasivos	19	31,1	20	27,4	25	30,5	17	15,2

Tabla 2 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo de los niños y adolescentes de ambos consultorios del policlínico Héroes de Girón. Cerro 2019

Enfermedades y factores de riesgo	Grupos de edades							
	1-4 n= 61		5-9 n=73		10-14 n=82		15-18 n=112	
	#	%	#	%	#	%	#	%
2160 Enfermo consumo de drogas.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2170 Riesgo de consumo de drogas	9	14,7	14	19,2	19	23,2	25	22,3
Riesgo individual	1	1,6	7	9,6	6	7,3	4	3,6
Riesgo familiar	6	9,8	9	12,3	17	20,7	16	14,3
Riesgo social	3	4,9	5	6,8	12	14,6	22	19,6
2210 Sedentarismo	7	11,5	3	4,1	8	9,8	14	12,5
2240 Enfermo consumo de alcohol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2220 Riesgo de consumo de alcohol	10	16,4	16	21,9	35	42,7	46	41,1
Riesgo individual	0	0,0	0	0,0	20	24,4	30	26,8
Riesgo familiar	6	9,8	14	19,2	21	28,0	21	18,8
Riesgo social	10	16,4	14	19,2	21	25,6	29	25,9
2230 Tabaquismo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fuma el niño o adolescente	0	0,0	0	0,0	21	25,6	50	44,6
Fumadores pasivos	19	31,1	20	27,4	25	30,5	17	15,2

Tabla 3 Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de los niños y adolescentes de ambos consultorios del policlínico Héroes de Girón. Cerro 2019

Enfermedades y factores de riesgo	Grupos de edades							
	1-4 n= 61		5-9 n=73		10-14 n=82		15-18 n=112	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Madre fumó durante embarazo del hijo	13	21,3	22	30,1	10	12,2	9	8,0
Madre consumió alcohol en embarazo	0	0,0	1	1,4	6	7,3	3	2,7
Bajo peso al nacer	8	13,1	5	6,8	8	9,8	3	2,7
Duermen tiempo insuficiente	53	87,2	51	69,5	58	70,7	64	57,1
Ven televisión en exceso	31	50,6	38	52,1	34	41,5	42	37,5
Tiempo lactancia materna								
Nunca recibió	7	11,5	2	2,7	5	6,1	3	2,7
Recibió exclusiva menos de 6 meses	17	27,9	20	27,4	24	29,3	24	21,4

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Es factible la participación del médico de familia en la identificación de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en niños y adolescentes, según los criterios elaborados para el Sistema de Vigilancia por Sitios Centinelas diseñado

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MODELO 241-476-04. Manual de procedimientos del Sistema de Información de Dispensarizados. Ministerio de Salud Pública. La Habana Cuba. DNE 2014. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/01/sie-c-2014-capitulo-i.pdf>
- Aguilar Valdés J, Cumbá Abreu C, Balcindes Acosta S, Romero Placeres M, Serra Larín S. Factores pre, peri y post natales y hábitos de vida en la determinación de enfermedades no transmisibles. InfoHEM [Internet]. Oct-Dic 2019 [citado 10 Enero 2020];17(4):72-90. Disponible en: <https://boletines.sld.cu/infohem/>
- Grupo Nacional de Puericultura. Consulta de puericultura. Departamento Materno Infantil. Vice Dirección Asistencia Médica. MINSAP. Tercera edición Editorial Ciencias Médicas 2016. <http://temas.sld.cu/puericultura/files/2014/07/Puericultura-FINAL-HIGHT-1-2-16.pdf>
- Bess Constantén S, Alonso Alomar I, Sánchez Sordo E, López Nistal LM. Anuario Estadístico de Salud 2019. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana [Internet]. 2020 [citado 14 de Oct 2021]. [aprox 193 p].
- Aguilar Valdés J, Cumbá Abreu C, Balcindes Acosta S, Romero Placeres M, Serra Larín S. Factores pre, peri y post natales y hábitos de vida en la determinación de enfermedades no transmisibles. InfoHEM[Internet]. OctDic 2019 [citado 10 Enero 2020];17(4):72-90. Disponible en: <https://boletines.sld.cu/infohem/>



XII ENCUESTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

El médico de familia en la vigilancia centinela de enfermedades no transmisibles en niños y adolescentes. Municipio Cerro 2019

Autores: Dr. Juan Aguilar Valdés*, Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu*, Dr. Osvaldo Reyes Cumbá*, Dra. Laritza Larrionda Grimón*, Dra. Susana Balcindes Acosta*

Centro de Trabajo *: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. (INHEM)

Mail de todos los autores:

Dr. Juan Aguilar Valdés: : uvsinhem1@sld.cu, jaguilarv@infomed.sld.cu

Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu : cumbacary24853@gmail.com

Dra. Susana Balcindes Acosta susanabalc51@gmail.com , balcindes@inhem.sld.cu

Centro de Trabajo *: Policlínico Héroes de Girón del municipio Cerro

Dr. Osvaldo Reyes Cumbá: uvsinhem2@sld.cu

Dra. Laritza Larrionda Grimón: uvsinhem2@sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo del adulto pueden tener su origen desde la niñez, por lo que es necesario su vigilancia en esta etapa de la vida. **Objetivo:** identificar las posibilidades de participación del médico de familia en la vigilancia centinela de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en niños y adolescentes. **Método:** Se realizó un proyecto de tipo exploratorio descriptivo en el año 2019, para ello se seleccionaron dos consultorios del médico y enfermera de la familia del municipio Cerro, se confeccionaron los instrumentos e instructivos necesarios y un taller de entrenamiento con los médicos seleccionados, se realizó la dispensarización de los niños y adolescentes de cada consultorio y se procesó la información. **Resultados** La prevalencia de las enfermedades dispensarizadas fue superior a la que se reporta habitualmente en el país, algo similar sucede con el sedentarismo. Los factores de riesgo incluidos como a la dispensarización habitual, como la prehipertensión, el sobrepeso, fumar, fumador pasivo, fumar o ingerir alcohol la madre durante el embarazo, el bajo peso al nacer la lactancia materna exclusiva menos de 6 meses, dormir menos del tiempo necesario para la edad y estar frente a pantallas tiempo excesivo, tuvieron prevalencias elevadas, **Conclusión:** Es factible la participación del médico de familia en la identificación de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en niños y adolescentes, según los criterios elaborados para el Sistema de Vigilancia por Sitios Centinelas diseñado

Palabras claves: Enfermedades no transmisibles. Vigilancia centinela



I INTRODUCCIÓN

Si bien las enfermedades cardiovasculares no están entre las primeras causas de muerte en los niños y adolescentes, en esta etapa de la vida surgen los estilos de vida poco saludable, así como de otras enfermedades no transmisibles, o se incrementa el riesgo de padecerlas en esta etapa de la vida o en la adultez. (1, 2, 3). Es por ello que un Comité de Expertos de la OMS sobre Prevención en la Niñez y en la Juventud de las Enfermedades Cardiovasculares del Adulto se reunió en Ginebra del 17 al 24 de octubre de 1988. El objetivo general de dicha reunión consistió en analizar más profundamente la posibilidad de prevenir, en la niñez y en la juventud, las principales ECV que se presentan en la edad adulta. Se puso de relieve la importancia estratégica de los trabajos de prevención entre niños y jóvenes. Este comité planteó además, que dado los principales factores de riesgo de la edad adulta aparentemente son determinados por patrones de comportamiento adoptados en la niñez, podría ser mucho más eficaz prevenir la adopción de los mismos, que tratar de corregir la situación resultante.(4) Otros autores han documentado la relación entre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles o estas como la hipertensión arterial y la obesidad en la infancia y la continuidad o el desarrollo de las mismas en la edad adulta (5).

En el año 2014, el Departamento de Salud Escolar coordinó un taller con expertos de varias provincias para diseñar el Sistema de Vigilancia ENT, lesiones y factores de riesgo, donde se determinaron los indicadores y el diseño del mismo. que, a partir del año 2015, comienza a implementarse teniendo como objetivo fundamental, monitorear el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades no transmisibles (ENT), las lesiones y sus factores de riesgo en los niños y adolescentes de 1 a 19 años.

Para determinar la morbilidad de las ENT y sus factores de riesgo se utilizó como fuente de información el registro de Dispensarización de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP (6). Esta información apareció en la sexta edición del sistema de vigilancia en Salud Escolar: Pero al analizar los resultados de este informe se determinó que no aportaba la información necesaria sobre las ENT y sus factores de riesgo para la toma de decisiones y se decidió realizarla por sitios centinelas, cuya información debe contribuir a identificar la verdadera magnitud del problema que constituyen en la población menor de 18 años y tomar decisiones a los decisores para eliminarlos o prevenirlos. Los sitios centinela son localidades representativas a nivel de región, de las distintas condiciones de salud, de los diferentes niveles de acceso a los servicios de salud, de la diversidad étnico-cultural y de la densidad de la población. Son comunidades donde se realiza la recolección cíclica de información detallada, confiable y utilizable en la planificación (7)

Para su diseño se creó una comisión de expertos integrada por tres especialistas de Segundo Grado en Salud Escolar, uno de los cuales es además Especialista de Primer Grado en Pediatría, una Especialista de Segundo Grado en Pediatría, una Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral, todos investigadores y profesores del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) y una Especialista en Nutrición e Higiene de los Alimentos, quienes elaboraron el diseño del sistema, las enfermedades y factores de riesgo a investigar.

Este grupo de expertos revisó el [modelo 241-476-04](#) MINSAP (6) y detectó que no incluye algunos factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares como son el sobrepeso y la prehipertensión, no se mencionan los criterios para considerar sedentarismo en estas edades, el criterio de tabaquismo es la dependencia tabáquica, lo cual es muy difícil se encuentre en los niños y adolescentes, pero no recoge si el individuo fuma sin llegar al tabaquismo o si es un fumador pasivo y no se recogen otros factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles en la infancia o antes del nacimiento, como son: el consumo de tabaco o alcohol de la madre durante el embarazo del hijo, el bajo peso al nacer, lactancia materna no exclusiva hasta los 6 meses no dormir el tiempo necesario según la edad, tiempo excesivo de ver televisión o estar frente a otro tipo de pantalla.



Por lo que el grupo elaboró un instructivo en el que mantuvieron los criterios de las enfermedades no transmisibles tales como hipertensión arterial, obesidad, asma bronquial, enfermo de consumo de drogas, enfermo de consumo de alcohol, tabaquismo y de los factores de riesgo de consumo de drogas, y de consumo de alcohol definidos en el [modelo 241-476-04](#) (6) y para solucionar las deficiencias mencionadas en el párrafo anterior incluyó los criterios para considerar prehipertensos, ya que se plantea que la misma infancia y adolescencia constituye un factor de riesgo de hipertensión arterial en la adultez,(8 ,9) y el sobrepeso, ya que al igual que la obesidad constituye factor de riesgo para la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia y la adultez. (1) También el criterio de si fuma el niño o el adolescente, aunque no tenga dependencia tabáquica, el de fumador pasivo ya que el llamado humo de segunda mano provoca el mismo efecto que si la persona fumara. (10)

También se incluyeron como factores de riesgo, las madres que fuman o ingieren alcohol durante el embarazo, ya que está planteado que los hijos de madres fumadoras activas o pasivas durante el embarazo pueden presentar: bajo peso al nacer déficit en el coeficiente intelectual, deficiencias en el aprendizaje, déficit atencional con o sin hiperactividad (TDAH) y problemas del habla y del lenguaje (11) y que aún en pequeñas dosis diarias ingeridas por las embarazadas pueden provocar en el hijo: crecimiento intrauterino retardado y bajo peso al nacer, comportamiento impulsivo, permanente déficit de memoria, déficit del coeficiente intelectual, bajo rendimiento escolar, falta de adaptación social, malformaciones congénitas en el síndrome del niño alcohólico. (12) El bajo peso al nacer, que es considerado un factor de riesgo de ENT tales como la obesidad, hipertensión arterial, síndrome metabólico diabetes tipo II, enfermedad cardíaca coronaria, daño renal, hipertrigliceridemia, en la infancia, la adolescencia o la adultez. (13)

La lactancia materna no exclusiva hasta los 6 meses que según la Organización Mundial de la Salud debe mantenerse de forma exclusiva durante los seis primeros meses, previene enfermedades no transmisibles como el sobrepeso y la obesidad, así como de sus secuelas. (14) Otro factor de riesgo incluido fue no dormir el tiempo necesario según la edad, que puede producir obesidad y sobrepeso e incluso mayor tendencia a la obesidad en la edad adulta, también es factor de riesgo de diabetes tipo II y afecciones cardiovasculares.(15, 16) El tiempo excesivo según la edad de ver televisión o permanecer frente a otras pantallas como las computadoras los video juegos y los celulares entre otras, pueden afectar su comportamiento y la relación con el entorno, no desarrollar habilidades sociales, disminuye su capacidad de reflexión básica, retraso del desarrollo cognitivo, de la capacidad de retención y problemas de aprendizaje, dejan de realizar actividades físicas, como el juego activo, el deporte o el paseo, disminuye el tiempo que duermen y presentan irregularidades en la alimentación con aparición de sobrepeso y obesidad y en la actualidad se habla del autismo virtual. (17, 18)

También el grupo de expertos confeccionó los instrumentos de recogida de información Este trabajo tiene como objetivo identificar las posibilidades de participación del médico de familia en la vigilancia centinela de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en niños y adolescentes.

II MÉTODO

Se realizó un proyecto de tipo exploratorio descriptivo de enero a diciembre 2019, Para el cumplimiento del objetivo trazado se realizaron las siguientes actividades:

Se seleccionaron dos consultorios del médico y enfermera de la familia del policlínico Héroes de Girón del municipio Cerro por criterio de expertos. Se confeccionó una encuesta con las variables que se elaboraron en el taller y se imprimieron junto con los instructivos.



Para la evaluación nutricional y de la tensión arterial se utilizaron las técnicas, procedimientos, equipos y tablas empleados en las consultas de Puericultura (19). Se realizó un proceso de entrenamiento con los dos médicos en los cuales se le adiestró en las técnicas, e instrumentos de evaluación y en los contenidos del instructivo, por los dirigentes del proyecto. Los médicos de familia citaron a sus consultorios a los niños y adolescentes, así como a sus madres y realizaron en sus consultorios el examen físico de todos los niños y adolescentes de su consultorio y les aplicaron la encuesta a las madres.

La información la introdujeron en una base de datos confeccionada al efecto en el paquete de programas Excel de Word y en las historias de salud de cada niño o adolescente, posteriormente procesaron los datos y los resultados los enviaron al departamento de Salud Escolar del INHEM donde se unieron los de ambos consultorios. Los resultados finales se presentan en forma de tablas estadísticas, expresados en forma de frecuencias absolutas y relativas. La calidad de la ejecución en cada consultorio fue controlada por un miembro del equipo de dirección del proyecto con visitas periódicas realizada.

Consideramos definir los criterios utilizados para algunos factores de riesgo incluidos en este estudio y que no aparecen en el [modelo 241-476-04](#) (21):

- Fuma el niño o el adolescente: se considerará como tal todo niños o adolescente que fume independiente de la cantidad de cigarrillos que consuma diariamente o en ocasiones.
- Fumador pasivo: Se consideró cuando se fumaba dentro de la vivienda en presencia del niño o del adolescente.
- Sedentario: Se consideró cuando el niño o adolescente: No practica deportes, o ejercicios físicos, o juegos activos que conlleven correr o saltar o lo hace menos de tres veces a la semana o por menos de media hora diaria.
- Duerme tiempo insuficiente para la edad: se considera cuando los niños entre 1 y 4 años duermen menos de 12 horas al día, los de 5 y 9 años menos de 10 horas, los adolescentes de 10 a 16 años menos de 9 horas y de 17 a 18 años menos de 8h.
- Tiempo excesivo de ver televisión o estar frente a otras pantallas: Se consideró cuando los niños entre 1 y 2 años se exponen a este tipo de actividad. Para los niños entre 3 y 6 años cuando el tiempo es mayor de 1 hora al día de 7 a 12 años cuando es mayor de 2 horas y por encima de esta edad superior a 3 horas

III RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa que en el grupo de niños de 1 a 4 años no se midió la presión arterial, los valores porcentuales niños hipertensos de 5 a 9 años es bajo, pero fueron evaluados de hipertensos seis de cada diez y algo más de cuatro por cada diez adolescentes de 10 a 14 y 15 a 18 años respectivamente. Con relación a la pre hipertensión es de señalar que no se realizó la medición en los niños del grupo de edad de 1 a 4 años El porcentaje en los niños de 5 a 9 años es 7 veces mayor que el de hipertensión arterial y es algo más del doble en los adolescentes en ambos grupos de edades. La prevalencia de asma bronquial en todos los grupos de edades es similar a las reportadas en el país. (20) La tercera parte de los niños de 1 a 4 años tienen obesidad o sobrepeso, lo cual se encontró la cuarta parte de os del grupo de 5 a 9 años, en casi 3 de cada 10 adolescentes de 10 a 14 años y en la quinta parte de los del grupo de 15 a 18 años.



Tabla 1 Enfermedades no transmisibles dispensarizadas en los niños y adolescentes de ambos consultorios del policlínico Héroes de Girón. Cerro 2019

Enfermedades		Grupos de edades							
		1-4 n= 61		5-9 n=73		10 -14 n=82		15-18 n=112	
		#	%	#	%	#	%	#	%
2020	Hipertensión Arterial	*	*	1	1,4	5	6,1	5	4,5
	Prehipertensión	*	*	7	9,6	12	14,6	12	10,7
2030	Asma bronquial	10	16,4	13	17,8	11	13,4	13	11,6
2200	Obesidad	10	16,4	10	13,8	14	17,1	12	10,7
	Sobrepeso	10	16,4	8	11,0	11	13,4	11	9,8

Leyenda: Los números de la primera columna son los que le pertenecen a la enfermedad o factor de riesgo en el modelo de dispensarización

En la Tabla 2 se observa que no se encontraron niños o adolescentes enfermos de consumo de drogas, pero sí con factores de riesgo para este consumo, incluso de tipo individual lo cual obedece al criterio para realizar este diagnóstico que entre otros están los pacientes con patologías físicas o mentales que requieran el uso de estupefacientes, psicotrópicos o sustancias de efecto similar y las personas con limitaciones físicas o mentales que presenten alguna de las siguientes características: baja autoestima, sobre autovaloración positiva, autocontrol deficiente o ausente, aunque predominaron los de tipo familiar en los niños de los dos grupos de edades y los de tipo social en los adolescentes de 15 a 18 años.

Los porcentajes de niños y adolescentes con sedentarismo no son elevados e incluso son inferiores a los reportados en Cuba por otros autores (15) No se encontraron niños ni adolescentes enfermos de consumo de alcohol, pero si con factores de riesgo de consumo de alcohol, los personales solamente se encontraron en los adolescentes de ambos grupos de edades, los familiares y sociales se encontraron en los cuatro grupos de edades.

No se encontraron niños o adolescentes con tabaquismo, lo cual puede ser debido a que los criterios para realizar este diagnóstico es la dependencia tabáquica, muy difícil de presentarse en estas edades. (21) No se encontraron niños entre 1 y 9 años fumadores, pero si este factor de riesgo estuvo presente en la cuarta parte de los adolescentes de 10 a 14 años y en el 44,6% de los del grupo de 15 a 18 años. Los porcentajes de niños y adolescentes en ambos grupos de edades, así como de los adolescentes de 10 a 14 años evaluados como fumadores pasivos fueron elevados y en ocasiones el doble del encontrado en los adolescentes de 15 a 18 años, Los porcentajes de niños cuyas madres que fumaron durante el embarazo son superiores a los encontrados entre los adolescentes y esto llama la atención, no obstante los porcentajes en los cuatro grupos de edades son superiores a los obtenidos por los niños y adolescentes cuyas madres ingirieron bebidas alcohólicas durante su embarazo y en este caso en el grupo de niños de 1 a 4 años no se realizó este diagnóstico y el porcentaje encontrado en los de 5 a 9 años fue inferior al de los adolescentes. El porcentaje más alto de bajo peso al nacer (BPN), en los niños de 1 a 4 años fue superior el encontrado en el resto de los grupos de edades y el más bajo el encontrado en los adolescentes de 15 a 18 años.



Tabla 2 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo de los niños y adolescentes de ambos consultorios del policlínico Héroes de Girón. Cerro 2019

Enfermedades y factores de riesgo		Grupos de edades							
		1-4 n= 61		5-9 n=73		10 -14 n=82		15-18 n=112	
		#	%	#	%	#	%	#	%
2160	Enfermo consumo de drogas.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2170	Riesgo de consumo de drogas	9	14,7	14	19,2	19	23,2	25	22,3
	Riesgo individual	1	1,6	7	9,6	6	7,3	4	3,6
	Riesgo familiar	6	9,8	9	12,3	17	20,7	16	14,3
	Riesgo social	3	4,9	5	6,8	12	14,6	22	19,6
2210	Sedentarismo	7	11,5	3	4,1	8	9,8	14	12,5
2240	Enfermo consumo de alcohol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2220	Riesgo de consumo de alcohol	10	16,4	16	21,9	35	42,7	46	41,1
	Riesgo individual	0	0,0	0	0,0	20	24,4	30	26,8
	Riesgo familiar	6	9,8	14	19,2	21	28,0	21	18,8
	Riesgo social	10	16,4	14	19,2	21	25,6	29	25,9
2230	Tabaquismo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Fuma el niño o adolescente	0	0,0	0	0,0	21	25,6	50	44,6
	Fumadores pasivos	19	31,1	20	27,4	25	30,5	17	15,2

Leyenda: Los números de la primera columna son los que le pertenecen a la enfermedad o factor de riesgo en el modelo de dispensarización

Tabla 3 Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de los niños y adolescentes de ambos consultorios del policlínico Héroes de Girón. Cerro 2019

Enfermedades y factores de riesgo		Grupos de edades							
		1-4 n= 61		5-9 n=73		10 -14 n=82		15-18 n=112	
		#	%	#	%	#	%	#	%
	Madre fumó durante embarazo del hijo	13	21,3	22	30,1	10	12,2	9	8,0
	Madre consumió alcohol en embarazo	0	0,0	1	1,4	6	7,3	3	2,7
	Bajo peso al nacer	8	13,1	5	6,8	8	9,8	3	2,7
	Duermen tiempo insuficiente	53	87,2	51	69,5	58	70,7	64	57,1
	Ven televisión en exceso	31	50,6	38	52,1	34	41,5	42	37,5
Tiempo lactancia materna									
	Nunca recibió	7	11,5	2	2,7	5	6,1	3	2,7
	Recibió exclusiva menos de 6 meses	17	27,9	20	27,4	24	29,3	24	21,4



En la Tabla 3 se puede observar que no duermen el tiempo suficiente para su edad 8 de cada 10 niños, siete de cada 10, siete de cada 10 y algo más de la mitad de los niños y adolescentes de los grupos de edades de 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14 y 15 a 18 años respectivamente.

Tiempo excesivo ante las pantallas de televisión o de otro tipo se encontró en algo más de la mitad de los niños de 1 a 10 años, cuatro de cada adolescente de 10 a 14 años y más de la tercera parte de los adolescentes de 15 a 18 años.

Los adolescentes de 10 a 14 años fueron los que en mayor porcentaje recibieron de lactancia materna exclusiva por 6 meses, seguido de los niños de 1 a 4 años, solo uno de cada 10 adolescentes de 15 a 18 años recibió este tipo de alimentación, lo cual sucedió solamente en el 13,7% de los niños de 5 a 9 años.

IV Conclusión

Es factible la participación del médico de familia en la identificación de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en niños y adolescentes, según los criterios elaborados para el sistema de vigilancia por sitios centinelas diseñada.

V Bibliografía

1. González Sánchez R, Llapur Milian R, Díaz Sánchez ME, Moreno López V, Pavón Hernández M. Hipertensión arterial y obesidad en escolares- Revista Cubana de Pediatría. [Internet]. 2013 [Citado Nov 2014];85(4). [aprox 10 p] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol85_4_13/ped02413.htm
2. Ponce M, Allemandi L, Castronuovo L, Tiscornia V, Schoj V. Brechas sociales de la obesidad infanto juvenil. Fundamentación Inter Americana del Corazón UNICEF Argentina. [Internet]. Enero 2016. [citado 2016 Dic 07]. [aprox 12 p] Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_informe_FIC.pdf
3. Ferrante D, Linetzky B, Ponce M, Goldberg L, Konfino J, Laspiur S. Prevalencia de sobrepeso, obesidad, actividad física y tabaquismo en adolescentes argentinos: Encuestas Mundiales de Salud Escolar y de Tabaco en Jóvenes, 2007-2012. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Feb 28];112(6):500-4. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000600004&lng=es
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención en la niñez y en la juventud de las enfermedades cardiovasculares del adulto: es el momento de actuar. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Series de Informes Técnicos 792. OMS. Ginebra [Internet]. 1990. [citado 2016 Dic 07]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38515/1/WHO_TRS_792_spa.pdf
5. Díaz Martín JJ, Málaga Guerrero S. Prevención de enfermedades cardiovasculares desde la infancia. Bol Pediatr [Internet] 2006 [Citado Nov 2008]; 46:215-21. Disponible en: http://www.sccalp.org/documents/0000/0086/BolPediatr2006_46_supl2_215-221.pdf
6. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MODELO 241-476-04. Manual de procedimientos del Sistema de Información de Dispensarizados. Ministerio de Salud Pública. La Habana Cuba. DNE 2014. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/01/sie-c-2014-capitulo-i.pdf>
7. Sitio centinela en Guatemala. Boletín No. 1, [Internet]. mayo 2014 [citado 2016 Dic 07]. Gobierno de Guatemala. SESAN Disponible en: <http://www.sesan.gob.gt/index.php/descarga-documentos/41-sitios-centinela/file>



8. Llapur Milián R, González Sánchez R. La enfermedad cardiovascular aterosclerótica desde la niñez a la adultez. Rev Cubana Pediatr. [Internet]. 2017 [citado Octubre 2018];89(3):271-77. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2017/cup173a.pdf>
9. Madrigal Mora L, Méndez Gálvez L, Monteagudo Méndez I, Espinosa Vazquez M, Rivera Pérez T, Veitia Machado MA. Prehipertensión arterial en la edad escolar, un reto para la Atención Primaria de Salud Acta Médica del Centro [Internet]. 2015 [citado 03 Nov 2017]; 9(1). [aprox 10 p] [citado 10 Oct 2018]: [aprox 10 p] Disponible en: Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/218/366>
10. Academia Americana de Pediatría. Los peligros del humo de segunda mano. Healthychildren.org [Internet] Abril 2016 [citado 1 noviembre 2017]. [aprox. 12 p]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/tobacco/Paginas/dangers-of-secondhand-smoke.aspx>
11. Sanabria r J, Arce JD, Sierra OM, Gil AM. Tabaquismo materno como un factor posiblemente implicado en el desarrollo de la obesidad infantil. Rev Chil obstet Ginecol [Internet]. 2016 [citado 2021 Sep 12] 2016; 81(6): 526 – 33. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v81n6/art13.pdf>
12. Centro para el control de enfermedades. El consumo de alcohol durante el embarazo CDC [Internet]. [citado 2016 Mar 03] [aprox 8 pag].Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/alcohol-use.html>
13. Robaina Castellanos GR. Bajo peso al nacer, prematuridad y enfermedades crónicas en la adultez. Revista Cubana de Pediatría [Internet]. 2017 [citado 8 Mayo 2018];89(2): [aprox.10 p.]. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/252>
14. Mazariegos M, Ramírez Zea M. Lactancia materna y enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta. ALAN [Internet]. 2015 Sep. [citado 2016 Oct 28];65(3):143-51. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222015000300002&lng=es
15. Aguilar Valdés J, Cumbá Abreu C, Balcindes Acosta S, Romero Placeres M, Serra Larín S. Factores pre, peri y post natales y hábitos de vida en la determinación de enfermedades no transmisibles. InfoHEM [Internet]. Oct-Dic 2019 [citado 10 Enero 2020];17(4):72-90. Disponible en: <https://boletines.sld.cu/infohem/>
16. Arana Lechuga DY, Sánchez Escandón O, Terán Pérez G, Martínez Yáñez G, Velázquez Moctezuma J. Reducción del número de horas de sueño en niños mexicanos y su impacto en el sobrepeso. An Med (Mex) [Internet] 2016; [citado 2 Jul 2019]; 61(2):117-22. <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>
17. Aveiga, V., Ostaiza, J., Macías, X., Macías, M.: “Uso de la tecnología: entretenimiento o adicción”. Revista Caribeña de Ciencias Sociales Agosto [Internet].2018: [citado 2 Jul 2019] [aprox. 12 p]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/08/tecnologia-entretenimiento-adiccion.html>
18. García Hernández MM, Osorio Granjeno MC. Asociación de nuevas tecnologías de la información y la comunicación con obesidad en escolares de una unidad de medicina familiar. Aten fam [Internet] 2018 [citado 2 Jul 2019],25 (2):65-9. Disponible en: http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/63559/56243
19. Grupo Nacional de Puericultura. Consulta de puericultura. Departamento Materno Infantil. Vice Dirección Asistencia Médica. MINSAP. Tercera edición Editorial Ciencias Médicas 2016. <http://temas.sld.cu/puericultura/files/2014/07/Puericultura-FINAL-HIGHT-1-2-16.pdf>
20. Bess Constantén S, Alonso Alomar I, Sánchez Sordo E, López Nistal LM. Anuario Estadístico de Salud 2019. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana [Internet]. 2020 [citado 14 de Oct 2021]. [aprox 193 p]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Lesiones por accidentes de tráfico en población pediátrica ¿un problema prevenible?

Autor/es: Sara González Martín, Carmen Inmaculada Corral Liria, Marta Elena Losa Iglesias, Sandra Fares Medina, Raquel Jiménez Fernández

Centro de Trabajo: Universidad Rey Juan Carlos

Mail de todos los autores: sara.gonzalez@urjc.es, inmaculada.corral.liria@urjc.es, marta.losa@urjc.es, sandra.fares@urjc.es, raquel.jimenez@urjc.es

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La normativa para la regulación de los sistemas de retención pediátricos (SRI) ha aumentado su utilización en España. Sin embargo, todavía existen lagunas en su correcto uso. Como promotores de salud, debemos conocer y prevenir los comportamientos de riesgo, entre ellos, los accidentes de tráfico. Así, identificamos la necesidad de determinar las actividades preventivas para disminuir los accidentes de tráfico y reducir sus secuelas en la población infantil.

OBJETIVOS: Determinar las acciones preventivas para disminuir la morbimortalidad en la población pediátrica. Además, queremos identificar las lesiones más comunes que sufren las niñas y niños en un accidente de tráfico y determinar los dispositivos de retención infantil y la forma más correcta de utilización según la edad.

METODOLOGÍA: planteamos una búsqueda bibliográfica en las bases Cuiden, Cochrane y Pubmed, buscando la evidencia de los últimos 10 años hasta octubre de 2024. Además, se realizó una búsqueda de la legislación vigente. Los términos utilizados fueron accidentes de tráfico, factores de riesgo por accidentes de tráfico, pediatría y sistemas de retención infantil en español. También se utilizaron los descriptores traffic accidents, risk factors for traffic accidents, pediatrics and child restraint system en inglés. Como criterios de inclusión utilizamos pacientes pediátricos que hayan sufrido accidentes de tráfico, medidas preventivas en población pediátrica en caso de accidente de tráfico y sistemas de retención pediátrica. Los criterios de exclusión fueron accidentes por ciclismo y tratamiento a pacientes tras sufrir un accidente de tráfico.

RESULTADOS: las lesiones más frecuentes en cualquier tipo de choque son los traumatismos craneoencefálicos. Los traumatismos cervicales tienen menor incidencia que en el adulto. En el caso de las fracturas, mayoritariamente son incompletas. Sobre los traumatismos toracoabdominales, presentan mayor riesgo de lesión visceral. Además, la población pediátrica presenta mayor riesgo de hipotermia. Los SRI elegidos según el peso son fundamentales, recomendándose su uso contradiagonal y en los asientos traseros el mayor tiempo posible. Sin embargo, se precisan de más estudios en condiciones reales para evitar estas lesiones de forma eficaz.

CONCLUSIONES: los sistemas de retención infantil son fundamentales para disminuir la morbimortalidad en los accidentes de tráfico, siempre adaptados al peso del niño y en sentido contrario a la marcha.

Palabras clave: sistemas de retención infantil, accidentes de tránsito, factores de riesgo de accidentes de tránsito, traffic accidents, risk factors for traffic accidents, child restraint system



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: Lesiones por accidentes de tráfico en población pediátrica ¿un problema prevenible?

Autor/es: Sara González Martín, Carmen Inmaculada Corral Liria, Marta Elena Losa Iglesias, Sandra Fares Medina, Raquel Jiménez Fernández

Centro de Trabajo: Universidad Rey Juan Carlos

Mail de todos los autores: sara.gonzalez@urjc.es, inmaculada.corral.liria@urjc.es, marta.losa@urjc.es, sandra.fares@urjc.es, raquel.jimenez@urjc.es

INTRODUCCIÓN: La normativa para la regulación de los sistemas de retención pediátricos (SRI) ha aumentado su utilización en España. Sin embargo, todavía existen lagunas en su correcto uso. Como promotores de salud, debemos conocer y prevenir los comportamientos de riesgo, entre ellos, los accidentes de tráfico. Así, identificamos la necesidad de determinar las actividades preventivas para disminuir los accidentes de tráfico y reducir sus secuelas en la población infantil.

OBJETIVOS: Determinar las acciones preventivas para disminuir la morbimortalidad en la población pediátrica. Además, queremos identificar las lesiones más comunes que sufren las niñas y niños en un accidente de tráfico y determinar los dispositivos de retención infantil y la forma más correcta de utilización según la edad.

METODOLOGÍA: planteamos una búsqueda bibliográfica en las bases Cuiden, Cochrane y Pubmed, buscando la evidencia de los últimos 10 años hasta octubre de 2024. Además, se realizó una búsqueda de la legislación vigente. Los términos utilizados fueron accidentes de tráfico, factores de riesgo por accidentes de tráfico, pediatría y sistemas de retención infantil en español. También se utilizaron los descriptores traffic accidents, risk factors for traffic accidents, pediatrics and child restraint system en inglés. Como criterios de inclusión utilizamos pacientes pediátricos que hayan sufrido accidentes de tráfico, medidas preventivas en población pediátrica en caso de accidente de tráfico y sistemas de retención pediátrica. Los criterios de exclusión fueron accidentes por ciclismo y tratamiento a pacientes tras sufrir un accidente de tráfico.

RESULTADOS: las lesiones más frecuentes en cualquier tipo de choque son los traumatismos craneoencefálicos. Los traumatismos cervicales tienen menor incidencia que en el adulto. En el caso de las fracturas, mayoritariamente son incompletas. Sobre los traumatismos toracoabdominales, presentan mayor riesgo de lesión visceral. Además, la población pediátrica presenta mayor riesgo de hipotermia. Los SRI elegidos según el peso son fundamentales, recomendándose su uso contradiagonal y en los asientos traseros el mayor tiempo posible. Sin embargo, se precisan de más estudios en condiciones reales para evitar estas lesiones de forma eficaz.

CONCLUSIONES: los sistemas de retención infantil son fundamentales para disminuir la morbimortalidad en los accidentes de tráfico, siempre adaptados al peso del niño y en sentido contrario a la marcha.

Palabras clave: sistemas de retención infantil, accidentes de tránsito, factores de riesgo de accidentes de tránsito, traffic accidents, risk factors for traffic accidents, child restraint system



Los accidentes de tráfico son un problema de salud pública por su alta morbimortalidad en la población de cualquier edad, ya sea tanto como conductores o pasajeros de los vehículos implicados, como peatones en un posible atropello. Por ello, las campañas de los últimos años de la Dirección General de Tráfico (DGT) se han centrado en evitarlos. Para ello, han mejorado las condiciones de las vías y utilizado numerosas campañas para sensibilizar y educar sobre la importancia de conducir manteniendo los límites de velocidad, la importancia de mantener unas condiciones óptimas físicas y mentales en el caso del conductor, y el correcto uso de los dispositivos de seguridad, sobre todo el cinturón. Debemos recordar que “la mortalidad y morbilidad por accidentes son, por definición, siempre prevenibles” (Esparza, 2009).

El *Informe Mundial sobre Prevención de Traumatismos en Accidentes de Tráfico* publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el accidente de tráfico como *una colisión o incidente en el que se ven implicados al menos un vehículo sobre ruedas para uso en carretera, en movimiento, en una vía pública o privada con acceso público a las inmediaciones*. Esta definición pone el énfasis en la importancia de realizar un análisis pormenorizado y la posterior aplicación de medidas correctoras, rompiendo así la creencia de que estos accidentes son mayoritariamente inevitables e impredecibles (OMS, 2010).

Una de las causas de mortalidad más importantes de la población pediátrica son los accidentes, destacando entre ellos los accidentes viales. Como señala el informe *Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España 2022* publicado por la DGT en 2023 se dan a conocer los datos obtenidos en 2022 frente a 2021. Los datos señalan que pese a un aumento del 3% de la movilidad, un total de 1746 personas fallecieron a consecuencia de accidentes viales (aumentando un 1%) en un total de 97916 siniestros (9% más). En cuanto a la morbilidad, resultaron heridas requiriendo hospitalización 8502 personas (descendiendo un 2%) y 119328 heridos sin hospitalización (sin diferencias porcentuales). (Dirección General de Tráfico, 2022a)

El grupo de edad entre 0 y 14 años ha sufrido un aumento del 1% de los fallecimientos en accidentes de tráfico (18 personas). Si nos fijamos en la morbilidad, resultaron heridas requiriendo hospitalización 261 personas (aumentando un 3%) y 5093 heridos sin hospitalización (aumentando un 4%).(Dirección General de Tráfico, 2022a)

OBJETIVOS

El objetivo principal que nos planteamos con este trabajo es determinar las acciones preventivas para evitar la morbimortalidad derivada de los accidentes viales en la población pediátrica.

Como objetivos secundarios enunciamos:

- Identificar las lesiones más comunes en la población pediátrica que sufre un accidente de tráfico según el tipo de accidente.
- Determinar los dispositivos de retención infantil y su utilización más adecuada según la edad

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases Cochrane, Cuiden y Pubmed, recopilando las publicaciones de los últimos 10 años hasta octubre de 2024 tanto en inglés como en español. Además, se realizó una búsqueda de la legislación vigente relacionada con los SRI. Los términos manejados utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) fueron accidentes de tráfico, factores de riesgo por accidentes de tráfico, pediatría y sistemas de retención infantil. Estos mismos términos se utilizaron en inglés a través de los Medical Subject Headings (MeSH), seleccionando: traffic accidents, risk factors for traffic accidents, pediatrics y child restraint systems.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes pediátricos que hayan sufrido accidentes de tráfico, medidas preventivas en población pediátrica en caso de accidente de tráfico y sistemas de retención pediátrica. Los



criterios de exclusión fueron accidentes por ciclismo y atención inicial y tratamiento a pacientes tras accidentes de tráfico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los accidentes de tráfico deben ser considerados prevenibles en toda circunstancia. A la hora de analizar las causas encontramos múltiples elementos que influyen, desde las causas indirectas o mediatas (como el clima, el vehículo o las características y condiciones de la vía), hasta las causas inmediatas o directas (como las condiciones físicas y psicológicas del conductor, la falta u omisión de las señales de tráfico o la velocidad).

Para poder prevenir estas causas que conlleven a un desenlace fatídico, debemos implantar distintas medidas preventiva que podemos dividir en 3 tipos:

- La seguridad primaria: poniendo énfasis en las acciones previas al accidente, como las revisiones de salud a los conductores, las revisiones obligatorias a los vehículos (en España, a través de la inspección técnica de vehículos (ITV)) como las revisiones voluntarias previas a grandes viajes), el uso del carné por puntos, etc.
- La seguridad secundaria: basada en prevenir las lesiones de los ocupantes del vehículo. Encontramos actividades de concienciación y formación en los dispositivos de protección (siendo fundamentales los SRI, el cinturón y el casco), la presencia de protección a los lados de la vía, etc.
- La seguridad terciaria: serían todas esas acciones que ponemos en marcha tras el accidente. Estas no sólo se centran en la primera atención recibida por los implicados, como la especialización de la atención sanitaria o el traslado a un centro útil en el menor tiempo posible. También trabaja en medidas del propio vehículo, como los habitáculos con fácil acceso a los heridos, o las medidas antiincendios.

Dentro de los elementos fundamentales que intervienen en los accidentes de tráfico, señalamos (López-Muñiz, 1995; Álvarez y Luque, 2003)):

- El conductor: siendo el elemento principal. Debemos tener en cuenta los agentes directos (como el alcohol, el consumo de sustancias tóxicas o la fatiga), los errores en las maniobras empleadas, y las conductas temerarias (sobrestimando la habilidad propia o subestimando la velocidad). (Montoro, Carbonell, Sanmartín y Tortosa, 1995)
- El vehículo: debiendo disponer de dispositivos de seguridad pasiva y activa, todos ellos con un correcto funcionamiento gracias a un mantenimiento adecuado.
- La vía: influyendo no sólo la climatología, sino también el trazado, el número de carriles, la pendiente, la anchura de los carriles y los arcenes, o la localización y visibilidad de las señales.

En el caso de la población pediátrica, sabemos que el entorno social y económico aumenta tanto el riesgo de sufrir accidentes como el número de lesiones, siendo los niveles socioeconómicos bajos los más afectados. (Asociación para el Estudio de la Lesión Medular Espinal (AESTELME), 2000; Dirección General de Tráfico, 2011)

Diferencias anatomofisiológicas en la población pediátrica frente al adulto tras un accidente de tráfico

Las diferencias presentes de la población pediátrica comparadas con los adultos, tanto en proporción como en desarrollo físico, van a modificar el tipo de patologías más prevalentes secundarias a un accidente de tráfico. Además, el tipo de accidente influirá significativamente en el tipo de lesiones, ya que el reparto y dirección de la energía es diferente si se produce una colisión frontal, posterior, lateral o un vuelco.

La lesión mayoritaria, independientemente del tipo de accidente, es el traumatismo craneoencefálico (sobre todo laceraciones, contusiones y hematomas parenquimatosos multifocales). No podemos olvidar la



desproporción entre cabeza y el resto del cuerpo del paciente pediátrico frente al adulto, siendo así más vulnerable a sufrir una lesión de cabeza y/o cuello. Esta desproporción va a influir no sólo en los choques frontales en el momento de la deceleración, sino también en el choque lateral, ya que aumenta el riesgo de contacto con el panel interior de la puerta o los pilares. (Desapriya, Samayawardhena, Somasiri y Pike, 2011). Además, estudios como el de Abdelrahman et al (2022) señalan que la edad joven por si misma es un factor predictor de traumatismo craneoencefálico entre los usuarios de vehículos todo terreno después de ajustarlo por género y uso de casco.

Las lesiones espinales son poco comunes en la edad pediátrica. Booker et al (2021) nos muestra como la mayoría de los pacientes presentan más de una lesión, y que la más grave no suele ser en la columna vertebral, siendo mayoritariamente los traumatismos en cabeza y tórax los más comunes y graves. Además, Lynch et al (2022) señala que dentro de la discapacidad padecida posteriormente, la mayoría fue motriz, aumentando con la edad, siendo la tasa de discapacidad ajustada de $14,8 \pm 10 \%$ (media \pm DE) en el caso de la población pediátrica. Aun así, Abdelrahman et al (2022) encuentran que los pacientes adultos tenían mayor probabilidad de sufrir lesiones en la columna que la población pediátrica.

En el caso de las lesiones torácicas y abdominales, la distensión de la pared toracoabdominal facilita la contusión pulmonar, frente al adulto, en el que es más común encontrar lesiones torácicas externas (López-Muñiz, 1995). Además, estudios como el de Mullen et al (2023) nos señalan cómo los adolescentes jóvenes tienen mayor probabilidad de sufrir un accidente de tráfico como peatones. Además, suelen tener lesiones más graves y necesitar mayor rehabilitación.

En el caso de las extremidades, los niños y niñas presentan con mayor frecuencia fracturas incompletas y síndrome compartimental.

Sobre el manejo del paciente politraumatizado pediátrico, debemos recordar que presentan una serie de particularidades respecto al adulto. Estos suelen presentar lesiones multiorgánicas con mayor frecuencia, produciéndose un deterioro generalizado muy rápido. Además, suelen tener mayor tendencia a la hipotermia, factor muy relacionado con la mortalidad de los pacientes politraumatizados. En cuanto a la vía aérea, presentan un mayor riesgo de obstrucción por el menor diámetro de la cavidad oral y de las vías respiratorias, así como un tamaño mayor de la lengua en comparación con la proporción en el adulto (Quirós y Ortiz, 2007)

Seguridad secundaria y población pediátrica: los sistemas de retención infantil (SRI)

Los sistemas de retención infantil (SRI) son elementos de seguridad secundaria, ya que tratan de disminuir la gravedad de las lesiones tras un accidente de tráfico. Justo con el cinturón de seguridad y el casco, son los pilares sobre los que debemos concienciar prioritariamente a la población para su correcta elección, uso y mantenimiento.

Tanto el cinturón de seguridad como el SRI sirven fundamentalmente para retener y proteger los cuerpos de los ocupantes dentro del vehículo, evitando que se desplacen o salgan proyectados al exterior en caso de detención brusca o vuelco. En el caso del cinturón, se instalan pretensores que antes del impacto tensan automáticamente el cinturón, soltándolo instantes después. Como nos indica el *4º informe Road Safety Performance Index (PIN)* sobre seguridad Vial del European Transport Safety Council (ETSC) se estima que *el cinturón de seguridad ha salvado a más de un millón de personas que podrían haber muerto en una colisión en la carretera si no lo hubieran llevado* (European Transport Safety Council, 2010).

Los dispositivos de retención infantil cumplen la misma función que el cinturón de seguridad, adaptándose a la edad y crecimiento del niño o niña. Para ello, existen distintos tamaños y modelos que deberán estar homologados para que su función sea óptima. Así, reducen tanto la cantidad de energía que sufre el cuerpo del sujeto implicado, aumentando además el tiempo de transferencia de esta y distribuyéndola, reduciendo así la deceleración sufrida tras la colisión (González, 2007).

Dentro de los dispositivos comercializados actualmente, podemos encontrar 5 grupos. Estos deben ser correctamente seleccionados y utilizados, ya que el mal uso de las retenciones infantiles modifica la capacidad



protectora de éstos y está asociado con casi el 40% de las lesiones graves que se producen después de sufrir un accidente (González, 2007). Como señala el Ministerio del Interior en su campaña de 2012 *Úsalo siempre y haz que los demás también lo usen. No podemos vivir sin él*, el uso adecuado de los SRI reduciría hasta en un 75% las lesiones en caso de accidente (Ministerio del Interior, 2012).

Los sistemas de retención pediátrica divididos según el peso de los que actualmente disponemos son:

- El grupo 0 para niños que pesen menos de 10 kg (desde 0 a 9 meses): se trata de sillas colocadas indistintamente en los asientos delantero (en sentido contrario a la marcha) o trasero.
- El grupo 0+ para niños que pesen menos de 13 kg (desde los 0 a 18 meses): son similares al grupo anterior pero con unas dimensiones mayores, instalándose en sentido contrario a la marcha.
- El grupo 1 para niños que pesen entre 9 kg y 18 kg (desde 9 meses hasta 3 años): sillas especiales dotadas de su propio cinturón de seguridad, que se instalan en el sentido de la marcha o el contrario siempre en el asiento trasero.
- El grupo 2 para niños que pesen entre 15 kg y 25 kg (desde los 3 hasta los 6 años): son cojines elevadores con respaldo que se colocan en el asiento trasero y se fijan a los cinturones de seguridad del coche.
- El grupo 3 para niños que pesen entre 22 kg y 36 kg (desde 6 a 12 años): es un cojín elevador que adapta al niño a la altura del cinturón de seguridad, aunque también pueden ser cinturones especiales, con regulación de la altura de la cinta.

La obligatoriedad del uso de los SRI en el territorio europeo está regida por la *directiva 2003/20/CE* del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea de 8 de abril de 2003, en la que se especifica los distintos dispositivos por rango de edad. En el caso de España, se regula por *el Real Decreto 339/1990 por el que se aprueba el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de vehículos a Motor y Seguridad Vial*, por el *Reglamento General de Circulación* y por el *Real Decreto 965/2006*. El incumplimiento de esta normativa está sancionado con 200 euros y pérdida de 3 puntos para los conductores, tipificándose como infracción grave.

Actualmente, las niñas y los niños con una estatura inferior de 1,50 m tienen obligación de viajar con un SRI adecuado a su peso, ya sea de la clase integral o no, teniendo en cuenta que estos dispositivos no se pueden utilizar orientados hacia atrás en asiento con airbag siempre que éste no hayan sido desactivados.

La propia normativa valora excepciones, como las condiciones físicas particulares, el ejercicio de determinadas actividades profesionales, en trayectos cortos si no se dispone de un SRI (siempre que no sean menores de 3 años y no vayan en el asiento delantero) o los vehículos destinados a transporte local que circulen en zonas urbanas o poblados.

Todos los SRI comercializados y utilizados deben seguir los criterios marcados por el *Reglamento 44/03 de la CEE-ONU* o de la *Directiva 77/541/CEE* (vigentes en la actualidad). Desde la *Estrategia de Seguridad Vial* aprobada por el Gobierno para los años 2011-2020 identificamos como prioritario el uso de estos dispositivos, ya que *9 de cada 10 lesiones infantiles graves o mortales se habrían evitado si se hubieran utilizado sistemas de retención obligatorios* (Ministerio del Interior, 2012; Dirección General de Tráfico, 2011). En la actualidad, la *Estrategia de Seguridad Vial 2030*, sigue manteniendo los SRI y el cinturón como tema prioritario (Dirección General de Tráfico, 2022b)

Pese a todas las campañas, los estudios y la evidencia sobre estos dispositivos sigue siendo escasa, debiendo aumentar las investigaciones para conseguir mejorar los SRI y disminuir así la morbimortalidad de la población pediátrica tras un accidente de tráfico (Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea, 2003).

Actualmente, se recomienda que estos sistemas estén colocados en los asientos traseros, y si no fuera posible, en el asiento delantero siempre que se pueda desactivar el airbag. Estas recomendaciones son



realizadas a través de estudios in vitro, teniendo dificultades para la extrapolación de los resultados, ya que no siempre se disponen de muñecos de prueba de todas las edades, pesos y proporciones. Un ejemplo de esta discordancia es el alto número de lesiones en la columna cervical presentados en estos estudios, no correspondiéndose con la realidad, en la que mayoritariamente se producen lesiones craneoencefálicas (Brown, Jing, Wang y Ehrlich, 2006)

En el caso de las lesiones cervicales, sobre todo las producidas en colisiones frontales (siendo estas mayoritarias y más peligrosas) se recomienda el uso de los SRI en el sentido contrario de la marcha durante el mayor tiempo posible (normalmente hasta los 4 años de edad). El estudio en 2008 de la European Consumer Voice in Standardisation (ANEC) no encontró desventajas con la utilización de los SRI en contra de la marcha en los accidentes que analizaron. Jalakas et al (2004) exponen que la orientación hacia adelante supone un riesgo 5 veces mayor de morir o sufrir lesiones graves frente a los niños y niñas que viajan en contradirección. Además, Gloyns y Roberts (2008) especifican que los asientos mirando hacia atrás proporcionan una protección mayor en lesiones de cabeza, cuello, pecho o abdomen.

CONCLUSIÓN

El uso de forma adecuada de los sistemas de retención infantil es fundamental para disminuir la morbimortalidad en los accidentes de tráfico. El uso en sentido contrario a la marcha se plantea como protectora frente a las lesiones, sobre todo en accidentes frontales. Sin embargo, faltan estudios sobre las lesiones en población pediátrica y los dispositivos de retención infantil en condiciones reales.

BIBLIOGRAFÍA

Abdelrahman H, Khan NA, El-Menyar A, Consunji R, Asim M, Alani M, Shunni A, Al-Aieb A y Al-Thani H (2022) All-terrain vehicle (ATV)-related injuries among different age groups: insights from a 9-year observational study. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 48(6):4971-4981. doi: 10.1007/s00068-022-01984-1. Epub 2022 May 21. Erratum in: *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2022 Dec;48(6):4983. doi: 10.1007/s00068-022-02028-4. PMID: 35596753; PMCID: PMC9712320.

Asociación para el Estudio de la Lesión Medular Espinal (AESTELME) (2000) *Accidentes de tráfico. Guía práctica de prevención.* Madrid: Santillana.

Boix Panisello, E (2011) Investigación para la definición de una metodología y herramientas de identificación y notificación automática de accidentes a partir de VANETs (eNotify) [Tesis doctoral]. Universitat Politècnica de Catalunya, Departament d'Enginyeria Mecànica, España. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de <https://upcommons.upc.edu/pfc/handle/2099.1/14824>

Booker J, Hall S, Dando A, Dare C, Davies E, McGillion S, Mathad N, Waters R, Tsitouras V, Mundil N, Wahab S y Chakraborty A (2021) Paediatric spinal trauma presenting to a UK major trauma centre. *Childs Nerv Syst.*37(6):1949-1956. doi: 10.1007/s00381-021-05044-8. Epub 2021 Jan 29. PMID: 33515056.

Brown, JK; Jing, Y; Wang, S y Ehrlich, PF (2006) Patterns of severe injury in pediatric car crash victims: Crash Injury Research Engineering Network database. *Journal of Pediatric Surgery*, 41, 362-7

Desapriya, E; Samayawardhena, L; Somasiri, A y Pike, I (2011) Child Occupants and Side-Impact Crashes: Commentary. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (4), 391-3

Dirección General de Tráfico (2010) En portada. *Tráfico y seguridad vial*, 203, 10-7

Dirección General de Tráfico (2011) *Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020.* Madrid: Dirección General de Tráfico. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/seguridad_vial/planes_seg_vial/estrategico_seg_vial/estrategico_2020_004.pdf



- Dirección General de Tráfico (2012) *La silla que cuida*. Madrid: Dirección General de Tráfico. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de http://aplch.dgt.es/PEVI/contenidos/Externos/recursos_didacticos/otros_ambitos/infancia/la_silla_que_cuida/LaSillaQueCuida.pdf
- Dirección General de Tráfico (2022a). *Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España 2022*. Madrid: Dirección General de Tráfico. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de https://www.dgt.es/.galleries/downloads/dgt-en-cifras/24h/Las-principales-cifras-de-la-siniestralidad-vial_-Espana-2022.pdf
- Dirección General de Tráfico (2022b) *Estrategia de Seguridad Vial 2030*. Madrid: Dirección General de Tráfico. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de <https://seguridadvial2030.dgt.es/export/sites/sv2030/.galleries/descargas/ESV-2030-Cuadernillo-v3.pdf>
- Esparza Olcina, MJ (2007) La tragedia de los accidentes de tráfico. *Revista pediatría de atención primaria*, 9 (33), 11-13
- Esparza Olcina, MJ (2011) *Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico*. PrevInfad/PAPPS. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de http://www.aepap.org/previnfad/rec_accidentes_trafico.htm
- Esparza Olcina, MJ, Galbe Sánchez-Ventura, J, Gallego Iborra, A, García Aguado, J, Pallás Alonso, CR, Rando Diego, A, San Miguel Muñoz, MJ, Sánchez Ruiz-Cabello, FJ, Colomer Revuelta, J, Cortés Rico, O, y Mengual Gil, JM. (2020). Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico. *Pediatría Atención Primaria*, 22(85), e35-e47. Epub 03 de agosto de 2020. Recuperado en 30 de octubre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100017&lng=es&tlng=es.
- European Transport Safety Council (2010) *Road safety target in sight: making up for lost time. 4º Road safety PIN report*. Bruselas: European Transport Safety Council.
- Fundación Mapfre (2011) *Mirando hacia atrás. Estudios de sillas para los niños en coches, 1, 1-16*
- García Matres, B y de Vergas, C (1997) Guía dirigida a profesionales sanitarios sobre dispositivos de retención infantil dentro del automóvil. Madrid: Dirección General de Tráfico.
- García, M y Soria, J (2007) Las víctimas son las grandes olvidadas de la justicia. *Tráfico y Seguridad vial*, 182, 25-27
- Gloyns, P y Roberts, J (2008) An accident study of the performance of restraints used by children aged three years and under. Final report with sensitive material removed. Bruselas. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de <http://www.anec.eu/attachments/anec-r&t-2008-traf-003.pdf>
- González Luque, JC. (2007) Lesiones infantiles por accidente de tráfico en España: magnitud de un problema prevenible. *Revista pediatría de atención primaria*, 9 (33), 133-47
- Gómez Luque, MJ. (2007) La seguridad vial en los niños: cuestión de familia. *Revista pediatría de atención primaria*, 9 (33), 31-40
- Ha, D y Bertocci, G (2007) Injury risk of a 6-year-old wheelchair-seated occupant in a frontal motor vehicle impact- 'ANSI/RESNA WC-19' sled testing analysis. *Medical Engineering & Physics*, 29, 729-38
- Hernando Lorenzo, A y Calvo Menchaca, M (1999) Biomecánica del accidente de tráfico. *Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes*, 1 (1), 8-13
- Instituto Nacional de Estadística (2013) *Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2011*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>
- Instituto de Seguridad Vial. Fundación Mapfre (2009) Niños y seguridad vial. *Revista pediatría de atención primaria*, 9 (44), 677-83
- Jalakas, I. (2004) *A safety manual children in cars*. Volvo car corporation. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de <http://www.carseat.se/images/volvo.pdf>



Jordá Rodrigo, P y Meroño Gallut, AJ (2006) Ergonomía del conductor de automóvil para prevención de lesiones en accidentes de tráfico. *Revista de fisioterapia*, 5, 3-16

Lacasa Maseri, A; Lacasa Maseri, S y Ledesma Albarrán, JM (2012) ¿Quién acompaña a los pacientes a la consulta pediátrica? El acompañante de los pacientes pediátricos en Atención Primaria. *Revista pediatría atención primaria*, 14, 217-24

López-Muñiz Goñi, M. (1995) Accidentes de tráfico, problemática e investigación. Madrid: Colex.

Ministerio del Interior (2012) Úsalo siempre y haz que los demás también lo usen. No podemos vivir sin él. Madrid

Lynch, SD; Weaver, AA; Barnard, RT; Kiani, B; Stitzel, JD y Zonfrillo MR (2022) Age-based differences in the disability of spine injuries in pediatric and adult motor vehicle crash occupants. *Traffic Inj Prev*.23(6):358-363. doi: 10.1080/15389588.2022.2086980. Epub 2022 Jun 16. PMID: 35709315; PMCID: PMC9756938.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Cómo ayudar a prevenir lesiones por accidentes de tráfico. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Solana e Hijos, AG. Leganés

Monclús, J (2012) Los niños con necesidades especiales y su seguridad en el automóvil. Madrid: Fundación Mapfre

Monclús González, J y Galdón A (2013) Los niños con necesidades especiales y su seguridad como ocupantes de automóviles. *Revista pediatría en atención primaria*, 15, 37-51

Montoro González, L.; Carbonell Vayá, E.; Sanmartín Arce, J. y Tortosa Gil, F. (1995). *Seguridad Vial: Del factor humano a las nuevas tecnologías*. Madrid: Síntesis.

Mullen S, Tolson A, Bouamra O, Watson B, Lyttle MD, Roland D y James D. Comparison of injury patterns and interventions between adolescent, adult and paediatric trauma cases: a cross-sectional review of TARN data (2023). *BMJ Open*. 9;13(5):e064101. doi: 10.1136/bmjopen-2022-064101.

Navarro, LD (2013) ¿Qué deben saber los pediatras sobre las sillitas para autos? Sistemas de retención infantil para automóviles. *Pediatría práctica*, 111(3), 247-50

Nunes, C y Ayala, M (2007) ¿Qué piensan las madres sobre el programa de seguimiento de la salud infantil? *Revista pediátrica atención primaria*, 9, 411-25

Observatorio de la Infancia (2006) Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2006-2009. *Revista pediatría atención primaria*, 9, 731-8

Orden de Presidencia del Gobierno del 13 de marzo de 1981, publicada en BOE núm. 72, páginas 6438-6441

Orden de Presidencia del Gobierno del 18 de febrero de 1993 publicada en BOE núm. 47, p. 6016-6020

Orem, D.E. (1983). Normas prácticas de enfermería. Madrid: Pirámide

Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de

http://www.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/OttawaCharterSp_1986.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2005) *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2009) *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. Es hora de pasar a la acción*. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de

http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf



Organización Mundial de la Salud (2010). *Data system: A road safety manual for decision-makers and practitioners*. Ginebra. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598965_eng.pdf

Ortega Pérez, A (2003) Revisión crítica sobre el Síndrome del Latigazo Cervical (I): ¿De veras existe una lesión anatómica? *Cuadernos de Medicina Forense*, 34, 5-13

Panzino, F; Pizá Oliveras, A; Pociello Almiñana, N; García García, JJ; Luaces Cubells, C; Pou Fernández, J et al (2009) Estudio multicéntrico sobre factores de riesgo de lesiones en accidentes de automóvil. *Anales de pediatría*, 71 (1), 25-30

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea (2003) Directiva 2003/20/CE del Parlamento Europeo y del consejo de 8 de abril de 2003 sobre el uso obligatorio de cinturones de seguridad en vehículos de menos de 3,5 toneladas. Recuperado el 30 de octubre de 2024 de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:115:0063:0067:ES:PDF>

Quirós Espigares, N y Ortiz Tardío, J (2007) Accidentes de tráfico en la infancia. *Vox Paediatrica*, 15 (2), 42-5

Quiroz, R (2007) La consulta pediátrica. *Revista peruana de pediatría*, 60,65-6

Santiago, B (2011) Repercusiones biopsicosociales y educacionales en la hospitalización infantil. Santiago de Compostela: Fundación María José Jove

Servicio Madrileño de Salud. Gerencia de Atención Primaria (2012) Atención a la salud infantil en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Documento de consenso. Madrid: Servicio Madrileño de Salud.

Shen, S; Benedetti, MH; Zhao, S; Wei, L y Zhu, M. Comparing distance and time as driving exposure measures to evaluate fatal crash risk ratios.(2020) *Accid Anal Prev*. Jul;142:105576. doi: 10.1016/j.aap.2020.105576.

Snowdon, AW; Hussein, A; High, L; Stamler, L; Millar-Polgar, J; Patrick, L et al (2008) The effectiveness of a Multimedia Intervention on Parent's Knowledge and Use of Vehicle Safety Systems for a Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23 (2), 126-39

Task Force on Community Preventive Service (2001) Recommendations to reduce injuries to motor vehicle occupants. *American Journal of Preventive Medicine*, 2, 16-22



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Disponibilidad, necesidad percibida y satisfacción de las enfermeras escolares en España: un estudio transversal que involucra a la comunidad escolar

Autor/es: Tamara Domingo Pérez ¹, Ana Magdalena Vargas-Martínez ², Daniel Guillén-Martínez ³, Engracia Soler-Pardo ⁴, Jordi Torralbas-Ortega ⁵, Itziar Hoyos Cillero ⁶, Alba Soilán Enríquez ⁷, Lorena Tarrío-Concejero ⁸, Guadalupe Fontán Vínagre ⁹.

Centro de Trabajo: 1 Spanish Institute of Nursing Research. General Nursing Council of Spain, Madrid, (Spain), 2 Department of Nursing, School of Nursing, Physiotherapy, and Podiatry, University of Seville, Seville (Spain), 3 Catholic University of San Antonio de Murcia (UCAM), 4 Catalan Health Institut (ICS) ABS Llançà. Member of International Association of School Nurses & Health Promotion (ISNA), Girona, (Spain), 5 Nursing Care Research Group, Sant Pau Biomedical Research Institute (IIB Sant Pau). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (Spain), 6 Faculty of Medicine and Nursing, Department of Nursing I, University of the Basque Country (UPV/EHU) & Member of Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE), Bizkaia, (Spain), 7 Humanization and Quality of the Humanization, Information and Patient Care Service (SHIAP) of the San Carlos Clinical Hospital, Madrid, 8 Spanish Institute of Nursing Research. General Nursing Council of Spain, Madrid, (Spain),

Mail de todos los autores: t.domingo@ieinstituto.es, avargas5@us.es, dguillen@ucam.edu, graciasp@gmail.com, Jtorralbas@santpau.cat, itziar.hoyos@ehu.eus, albba1988@hotmail.com, lorena.concejero@gm.uca.es, g.fontan@ieinstituto.es

Resumen:

Antecedentes: La enfermería escolar en España enfrenta desafíos cruciales que requieren atención inmediata. Este se trata del primer estudio nacional desarrollado por el Grupo de Investigación del Observatorio de Enfermería Escolar del Consejo General de Enfermería en España (CGE) sobre la figura de la enfermera escolar y tiene por objetivo conocer la situación sociolaboral, así como la presencia, necesidad percibida y satisfacción de la comunidad educativa con esta, así como los factores que se relacionan con estas variables.

Métodos: Estudio transversal mediante tres cuestionarios diseñados y validados ad hoc, usando soporte digital. Los participantes fueron 376 enfermeras escolares, 1193 profesores y directores de centros educativos y 582 madres, padres y responsables de asociaciones de padres y madres de alumnado (AMPAS). Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos y bivariados con apoyo del programa SPSS v.28.

Resultados: La mayoría de las enfermeras escolares trabajan en un solo centro bajo el modelo de exclusividad, mayormente contratadas por la consejería de educación o centros de educación especial de financiación privada, en zonas urbanas y de mayor tamaño. Tanto el personal educativo como las AMPAS perciben una alta necesidad y satisfacción con la presencia de enfermeras escolares, especialmente en centros de educación especial, zonas urbanas y centros con mayor número de estudiantes. En el caso de personal educativo se observó mayor presencia en centros privados y concertados y, según las AMPAS, en centros



donde hay un niño con alguna enfermedad. En estos centros, según las AMPAS se percibió mayor necesidad de enfermera escolar. Y el personal del centro también encontró necesaria esta figura en centros ubicados en zonas de transformación social.

Conclusiones: A pesar del elevado grado de satisfacción con la enfermería escolar, existen deficiencias significativas en la distribución en España que impiden alcanzar estándares internacionales de calidad. Es necesario aumentar la disponibilidad de esta figura, especialmente en modelo de exclusividad, con atención especial a centros rurales, de financiación pública y ubicados en zonas de transformación social. Esto ayudaría a abordar las inequidades en la salud escolar y satisfacer la necesidad percibida por la comunidad educativa, contribuyendo así a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Palabras clave: enfermería Escolar, enfermera escolar, educación para la salud, promoción de la salud, salud escolar, salud pública, Investigación en Servicios de Salud.

Keywords: School nursing, School nurse, Health education, Health promotion, School Health, Public Health, Health Services Research



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Disponibilidad, necesidad percibida y satisfacción de las enfermeras escolares en España: un estudio transversal que involucra a la comunidad escolar

Autor/es: Tamara Domingo Pérez ¹, Ana Magdalena Vargas-Martínez ², Daniel Guillén-Martínez ³, Engracia Soler-Pardo ⁴, Jordi Torralbas-Ortega ⁵, Itziar Hoyos Cillero ⁶, Alba Soilán Enríquez ⁷, Lorena Tarrío-Concejero ⁸, Guadalupe Fontán Vinagre ⁹.

Centro de Trabajo: 1 Spanish Institute of Nursing Research. General Nursing Council of Spain, Madrid, (Spain), 2 Department of Nursing, School of Nursing, Physiotherapy, and Podiatry, University of Seville, Seville (Spain), 3 Catholic University of San Antonio de Murcia (UCAM), 4 Catalan Health Institut (ICS) ABS Llançà. Member of International Association of School Nurses & Health Promotion (ISNA), Girona, (Spain), 5 Nursing Care Research Group, Sant Pau Biomedical Research Institute (IIB Sant Pau). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (Spain), 6 Faculty of Medicine and Nursing, Department of Nursing I, University of the Basque Country (UPV/EHU) & Member of Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE), Bizkaia, (Spain), 7 Humanization and Quality of the Humanization, Information and Patient Care Service (SHIAP) of the San Carlos Clinical Hospital, Madrid, 8 Spanish Institute of Nursing Research. General Nursing Council of Spain, Madrid, (Spain),

Mail de todos los autores: t.domingo@ieinstituto.es, avargas5@us.es, dguillen@ucam.edu, graciasp@gmail.com, Jtorralbas@santpau.cat, itziar.hoyos@ehu.eus, albba1988@hotmail.com, lorena.concejero@gm.uca.es, g.fontan@ieinstituto.es

Resumen:

Antecedentes: La enfermería escolar en España enfrenta desafíos cruciales que requieren atención inmediata. Este se trata del primer estudio nacional desarrollado por el Grupo de Investigación del Observatorio de Enfermería Escolar del Consejo General de Enfermería en España (CGE) sobre la figura de la enfermera escolar y tiene por objetivo conocer la situación sociolaboral, así como la presencia, necesidad percibida y satisfacción de la comunidad educativa con esta, así como los factores que se relacionan con estas variables.

Métodos: Estudio transversal mediante tres cuestionarios diseñados y validados ad hoc, usando soporte digital. Los participantes fueron 376 enfermeras escolares, 1193 profesores y directores de centros educativos y 582 madres, padres y responsables de asociaciones de padres y madres de alumnado (AMPAS). Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos y bivariados con apoyo del programa SPSS v.28.

Resultados: La mayoría de las enfermeras escolares trabajan en un solo centro bajo el modelo de exclusividad, mayormente contratadas por la consejería de educación o centros de educación especial de financiación privada, en zonas urbanas y de mayor tamaño. Tanto el personal educativo como las AMPAS perciben una alta necesidad y satisfacción con la presencia de enfermeras escolares, especialmente en centros de educación especial, zonas urbanas y centros con mayor número de estudiantes. En el caso de personal educativo se observó mayor presencia en centros privados y concertados y, según las AMPAS, en centros



donde hay un niño con alguna enfermedad. En estos centros, según las AMPAS se percibió mayor necesidad de enfermera escolar. Y el personal del centro también encontró necesaria esta figura en centros ubicados en zonas de transformación social.

Conclusiones: A pesar del elevado grado de satisfacción con la enfermería escolar, existen deficiencias significativas en la distribución en España que impiden alcanzar estándares internacionales de calidad. Es necesario aumentar la disponibilidad de esta figura, especialmente en modelo de exclusividad, con atención especial a centros rurales, de financiación pública y ubicados en zonas de transformación social. Esto ayudaría a abordar las inequidades en la salud escolar y satisfacer la necesidad percibida por la comunidad educativa, contribuyendo así a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Palabras clave: enfermería Escolar, enfermera escolar, educación para la salud, promoción de la salud, salud escolar, salud pública, Investigación en Servicios de Salud.

Keywords: School nursing, School nurse, Health education, Health promotion, School Health, Public Health, Health Services Research

Availability, Perceived Need and Satisfaction for School Nurses in Spain: A Cross-Sectional Study Involving the School Community

Authors: José Antonio Zafra-Agea^{1,8} PhD, Tamara Domingo Pérez^{*2,8}, Marta Lima-Serrano^{* 3,8} PhD, Ana Magdalena Vargas-Martinez^{4,8} PhD, Engracia Soler-Pardo^{5,8}, PhD, Jordi Torralbas-Ortega^{6,8}, Itziar Hoyos Cillero^{7,8} PhD

¹ Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, UManresa, Fundació Universitària del Bages, Universitat de Vic, Universitat Central de Catalunya, Barcelona, (Spain).

² Spanish Institute of Nursing Research. General Nursing Council of Spain, Madrid, (Spain).

³ Department of Nursing, School of Nursing, Physiotherapy, and Podiatry, University of Seville, Institute of Biomedicine of Seville (IbiS), Seville (Spain)

⁴ Department of Nursing, School of Nursing, Physiotherapy, and Podiatry, University of Seville, Seville (Spain)

⁵ Catalan Health Institut (ICS) ABS Llançà. Member of International Association of School Nurses & Health Promotion (ISNA), Girona, (Spain).

⁶ Nursing Care Research Group, Sant Pau Biomedical Research Institute (IIB Sant Pau). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (Spain)

⁷ Faculty of Medicine and Nursing, Department of Nursing I, University of the Basque Country (UPV/EHU) & Member of Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE), Bizkaia, (Spain)

⁸ Research Group National Observatory of School Nursing. General Nursing Council of Spain, (Spain)

*** Corresponding Authors:**

Tamara Domingo Pérez. Email: t.domingo@ieinstituto.es

Marta Lima Serrano: email: mlima@us.es

José Antonio Zafra-Agea	joseantzafra@gmail.com	0000-0001-5358-1994
Tamara Domingo Pérez	t.domingo@ieinstituto.es	0000-0002-4785-9643
Marta Lima-Serrano	mlima@us.es	0000-0003-3909-2718
Ana Magdalena Vargas-Martinez	avargas5@us.es	0000-0001-8223-1109
Engracia Soler-Pardo	graciasp@gmail.com	009-0002-3520-4479
Jordi Torralbas-Ortega	Jtorralbas@santpau.cat	0000-0002-9423-9332
Itziar Hoyos Cillero	itziar.hoyos@ehu.eus	0000-0002-4768-8354

24

25

26 **Background:** School nursing in Spain faces crucial challenges that require immediate attention.
27 This is the first national study developed by the School Nursing Observatory Research Group of
28 the General Council of Nursing (GCN) in Spain on the school nurse (SN) professional profile and
29 their availability at schools. The objective is to understand the social-labor situation, as well as
30 the availability, perceived need, and satisfaction of the school community with the SN, as well
31 as the factors related to these variables.

32 **Methods:** Cross-sectional study using three ad hoc designed and validated questionnaires
33 through a digital platform. Participants included 376 SNs, 1193 teachers and school principals,
34 and 582 mothers, fathers, and representatives of parents' associations (PAs). Descriptive and
35 bivariate statistical analyses were conducted using SPSS v.28.

36 **Results:** Most SNs work in a single school in exclusive, mainly employed by the education
37 department or privately funded special education schools, in urban areas and schools with a
38 high number of students. Both school staff and PAs perceive a high need of and satisfaction with
39 SNs. According to school staff, SNs are more in private and subsidized schools and, according to
40 PAs, in schools where a child has a disease. In schools where there are children with certain
41 diseases, according to PAs, a greater need for a SN was perceived. And the schools staff also
42 found SNs especially necessary in schools located in disadvantage areas.

43 **Conclusions:** Despite the high degree of satisfaction with the SN, there are significant
44 deficiencies in its distribution in Spain that prevent reaching international quality standards. It
45 is necessary to increase the availability of this professional, especially under exclusivity, with
46 special attention to rural, publicly funded, and disadvantage areas. This would help address
47 inequities in school health and meet the perceived need of the school community, thus
48 contributing to the Sustainable Development Goals (SDGs).

49 **Keywords:** School nursing, School nurse, Health education, Health promotion, School Health,
50 Public Health, Health Services Research.

51 **INTRODUCTION**

52

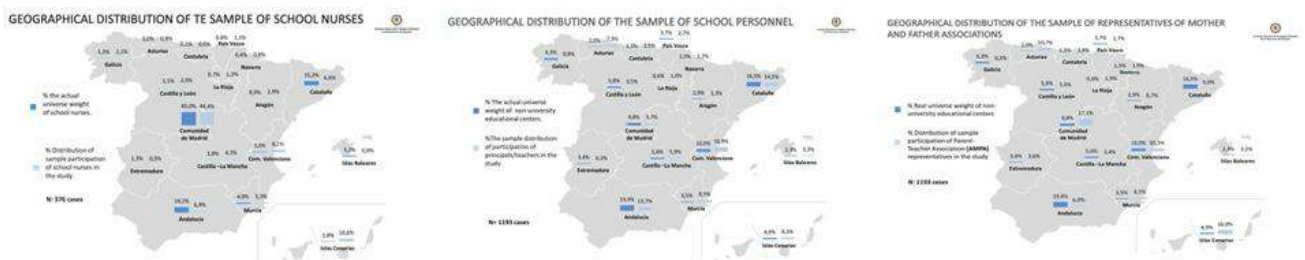
53 We have an increasing school population in need of care and support. The availability of nurses
54 in schools is crucial to ensure the health and well-being of students. Globally, the role of the
55 school nurse (SN) is well-established and is a fundamental component in schools(1–3), they
56 share the common denominator of operating within the educational, highlighting their versatile
57 role in planning, executing, and evaluating health education activities(4–6), and emphasizing
58 their capacity to promote the physical, emotional, and social well-being of students, as well as
59 their positive influence on the school(7–10). In the context of health education, the
60 implementation and evaluation of programs with specific indicators in schools is fundamental
61 to promoting healthy lifestyles and preventing illnesses among students. Specifically, at the
62 European level, recent studies underline the relevance of the tasks carried out by School Health
63 Services(3), considering both the cost and effectiveness of these services, as well as the results
64 regarding their importance for prevention and health promotion in the school
65 population(11,12). In these same studies, the importance of the different figures that are part
66 of the School Health Services is described, among which the SN is highlighted(13,14). These
67 services are particularly essential in areas of special protection in developed countries, called
68 disadvantaged areas, to address their special needs. In fact, introducing school nursing services
69 is of vital importance in combating the social determinants of health and supporting the
70 development of the 2030 agenda and the Sustainable Development Goals (SDGs)(15–18).From
71 a geographical and administrative perspective, Spain is divided into autonomous communities
72 (CCAA), which have autonomy in developing competencies in health, education, and other
73 areas(19,20). Each autonomous community manages its territory and programs independently,
74 and its policies may vary according to local needs and characteristics. There is no single national
75 model, with several intervention models coexisting for nurses in the school environment,
76 according to the guidelines of the Autonomous Community Departments, and also according to
77 the funding model of the schools, whether public or private. Thus, the nurse may work full-time
78 in a single school, especially in private schools, in multiple schools, or in some geographical
79 contexts, the school nurse may not be present. However, it is worth noting that the role of the
80 school nurse has been gaining prominence in recent decades(21).

81 From a geographical and administrative perspective, Spain is divided into autonomous
82 communities (CCAA), which have autonomy in developing competencies in health, education,
83 and other areas(22). Each autonomous community manages its territory and programs
84 independently, and its policies may vary according to local needs and characteristics. There is
85 no single national model, with several models coexisting for the implementation of SN,
86 according to the guidelines of the CCAA ministries, and according to the funding model of the
87 schools, whether public, subsidiarized or private. Thus, the nurse may work full-time in a single
88 school, especially in private schools, in multiple schools, or in some geographical contexts, the
89 SN may not be available. However, it is worth noting that the role of the SN has been gaining
90 prominence in recent decades in Spain(1). Therefore, the current situation of SNs is considered
91 a matter of vital importance that deserves careful analysis, as to date, there is no national-level
92 study that has examined the situation of SNs regarding social-labor and organizational aspects,
93 their availability at schools, and the necessity and satisfaction perceived with this figure by
94 school staff(23) and of student parent’s associations (PAs).Therefore, the current situation of
95 school nurses is considered a matter of vital importance that deserves careful analysis, as to

96 date, there is no national-level study that has examined the situation of school nurses regarding
 97 socio-labor and organizational aspects, their presence, necessity, or satisfaction with this figure
 98 by school staff (teaching and administrative staff) and of student parent's associations (PAs)(21).
 99 This study has been designed and conducted by the Research Group of the National Observatory
 100 of School Nursing of the General Council of Nursing (GCN) in Spain. This group is composed of
 101 experts in school nursing with profiles such as SNs and pediatric nurse specialists with extensive
 102 work and research experience in school settings, as well as university teaching and research staff
 103 in nursing and school health, with extensive experience in teaching and research. In turn, this
 104 group is part of the Spanish Institute of Nursing Research (INR) of the GNC, in which various
 105 professionals in the field of school nursing with extensive experience in nursing management
 106 also participate. Thus, this is the first national study on the figure of the SN in Spain, aiming to
 107 understand the social-labor situation, as well as the perceived need and satisfaction with this
 108 figure by the school community. Obtaining accurate and detailed information will allow
 109 identifying areas of strength and weakness, proposing improvements, and developing strategies
 110 that contribute to optimizing the work of SN and ultimately improving the quality of care and
 111 the well-being of students.
 112

113 **METHODS**

114 A descriptive cross-sectional national study was conducted during the 2022-2023 school year in
 115 Spain. For the population of SNs, the number of SNs according to the National School Nursing
 116 Observatory of 2023 was used as a reference. SNs were selected to ensure the inclusion of
 117 diverse geographical regions and educational environments in Spain. Inclusion criteria were
 118 being a SN with at least one year of professional experience and working in non-university
 119 centers, i.e., schools with primary or secondary cycles and/or special education.
 120 Similarly, non-university teacher staff and representatives of parent, mother, and/or PAs were
 121 selected, using the number of non-university centers (special education schools, primary
 122 schools, and secondary schools, both public and private, located in rural or urban areas) in Spain
 123 throughout the national territory as a reference, according to the Ministry of Education's registry
 124 for each autonomous community during the 2022-2023 school year. Participating schools were
 125 randomly chosen.
 126 Finally, the study involved 376 SNs working in the school health field nationwide, 1194 staff
 127 members from schools, and 582 mothers, fathers, and representatives of PAs (**Figure 1**).



128
 129 **Figure 1. Geographical distribution of the sample of school nurses, school staff, and**

130 **representatives of mothers and fathers that participated in the Spanish study in contrast with**
131 **the sample universe.**

132

133 **VARIABLES AND INSTRUMENTS**

134 Three ad hoc questionnaires were used according to the participant's profile, designed and
135 previously validated. The content of the questionnaires was designed by the group of experts in
136 school nursing (National School Nursing Observatory Research Group. General Council of
137 Nursing of Spain). Subsequently, the content of these questionnaires was validated through
138 focus groups and semi-structured interviews with profiles (SNs, school staff, and
139 parents/guardians of PAs). An additional file shows these questionnaires in more detail
140 **(Additional file 1,2 y 3).**

141

142 The questionnaire aimed at SNs included the following socio-demographic variables: gender
143 (female, male, and non-binary) and age; labor variables: contracting organization (School,
144 Education Department, Health Department, through a private company, Others – including
145 municipalities and PAs), type of work schedule (full-time or reduced/partial), and, as the main
146 analysis axis, the care model (exclusive model, meaning available for a single the school,
147 itinerant model: available for multiple schools, or attending schools occasionally: in cases where
148 their attention is needed). Additionally, variables related to the characteristics of the workplace
149 and its location were included: type of school (Preschool and/or Primary Education School,
150 Preschool, Primary, and Secondary Education School, Special Education school, Secondary
151 and/or High School, Various types of schools grouping the previously mentioned ones), type of
152 funding (Subsidized, private, public), location based on the population size (rural or urban), the
153 number of students (≤ 500 , between 501-1499, ≥ 1500), and whether it was located in a
154 disadvantaged area (yes or no).

155

156 The questionnaires aimed at school staff and PAs included socio-demographic variables: age,
157 gender (female, male, and non-binary), position of the person interviewed in schools (school
158 director/responsible, head of studies, teacher, secretary, vice-director) and PAs (father, mother,
159 PA representative); variables related to the characteristics of the workplace and its location:
160 type of school (Preschool and/or Primary Education School, Preschool, Primary, and Secondary
161 Education School, Secondary and/or High School, Special Education school, Various types of
162 schools grouping the previously mentioned ones), type of funding (Subsidized, private, public),
163 location based on the population size (rural or urban), the number of students (≤ 500 , between

164 501-1499, ≥ 1500), and whether it was located in a disadvantaged areas (yes or no). They were
165 also asked about the need for the implementation of health training programs for teachers (yes
166 or no) and the satisfaction level with the SN using a Likert scale (1 very dissatisfied, 2 dissatisfied,
167 3 neither satisfied nor dissatisfied, 4 satisfied, and 5 very satisfied), in case there was a SN at the
168 school. Lastly, as the main analysis axis, variables about the availability or not of a SN at the
169 school were also included (yes or no), the level of perceived need for the SN, also measured with
170 a Likert scale (1 not necessary at all, 2 slightly necessary, 3 neither necessary nor unnecessary,
171 4 necessary, 5 very necessary). Finally, representatives of PAs were also asked about the
172 existence of children with illness at the school.

173

174 **DATA COLLECTION**

175 Data collection was conducted online through the GCN via contacts with SNs and school nursing
176 associations at the national level (Spanish Scientific Association of School Nursing and Health
177 ACEESE, and the National and International School Nursing Association AMECE). Dissemination
178 was carried out through the communication and dissemination channels of the GCN.

179 Likewise, the three surveys were disseminated via email to public, private, and subsidized non-
180 university centers, as well as special education schools, through the directors and PAs of each
181 school.

182 The data collection period was from March 31 to June 23, 2023. The questionnaires were sent
183 in self-administered digital format through a web platform, with an average completion time of
184 20 minutes.

185 **STATISTICAL ANALYSIS**

186 A descriptive analysis was conducted through the calculation of frequencies and percentages,
187 as well as measures of central tendency (Mean and Standard Deviation [SD]). Specifically, the
188 variables of satisfaction level and perceived need were quantitatively analyzed by calculating
189 the means and standard deviations.

190 To compare between more than two independent groups, analysis of variance (ANOVA) or chi-
191 square tests were applied depending on the nature of the variables.

192 Additionally, to assess the association between quantitative variables, the Pearson correlation
193 coefficient was used.

194 All statistical analysis was conducted using SPSS software version 28. A statistical significance
195 threshold of $p < 0.05$ was established.

196

197

198 **ETHICAL CONSIDERATIONS**

199 All procedures of this study were approved by the GCN, ensuring compliance with the ethical
200 considerations of the Helsinki Declaration. Confidentiality of data was guaranteed in accordance
201 with Organic Law 3/2018 of December 5, on the Protection of Personal Data and guarantee of
202 digital rights. The research protocol was approved by the Ethics Committee of the Príncipe de
203 Asturias University Hospital (CEIm Code: OE 18/2023) in Spain on April 26, 2023.

204 Additionally, informed consent was obtained from school staff, parents, and representatives of
205 PAs, as well as participating SNs. Before collecting data, a detailed description of the study was
206 provided, the corresponding information sheet was disseminated, and a consent form specifying
207 the purpose of the study was distributed.

208

209 **RESULTS**

210

211 The social-labor characteristics of the participating SNs based on the care model they provide in
212 the schools where they work (exclusive model, that is available in a single the school; itinerant
213 model, that is available for several schools simultaneously; or attends occasionally the school, in
214 cases where their attention is needed) are shown in **Table 1**.

215 Overall, the exclusive model was the most common situation (45.8%), followed by the SN
216 attending occasionally school (32.8%), and finally the itinerant model (21.4%). Most SNs were
217 women (92.8%), with a mean age of 41.3 (SD = 8.92) years. No significant differences were
218 observed in gender distribution or age across different contractual situations.

219 Regarding the hiring organization characteristics of SNs, the Education Department (48.4%), the
220 school itself (20.9%), and private companies (22.3%) predominate in the exclusive model
221 compared to the other models, with the Health Department being the institution that most
222 frequently contracts in the itinerant models (66.7%) and for nurses who attend occasionally
223 (73.7%) ($p < 0.001$). In relation to the characteristics of schools, SNs in the exclusive model were
224 distributed across different types of schools, with a notable presence in Schools of Infant,
225 Primary, and Secondary Education (44.9%) and Schools of Infant and/or Primary Education
226 (30%), and to a lesser extent in Institutes of Secondary Education and/or Baccalaureate (3.8%).
227 However, in itinerant models (39.2%) and in cases of occasional attendance (39.5%), a higher
228 percentage of SNs were situated in various types of schools grouping schools of different
229 characteristics ($p < 0.001$).

230 Likewise, concerning the type of funding of the school, most SNs worked in publicly funded
 231 schools although this hiring was more reflected in itinerant models (88.2%) and in cases of
 232 occasional attendance (86.8%) than in the exclusive model (52.3%) ($p < 0.001$).

233 Most SNs stated they were present in schools in urban areas (exclusive model 88.9%), with a
 234 higher percentage of schools in rural areas for itinerant models (78.4%) and in cases where the
 235 nurse attends occasionally (73.7%) ($p = 0.011$).

236 Regarding the number of students in the schools, no significant differences were observed. Most
 237 SNs in the exclusive model (44.4%) and itinerant models (49%) worked in schools with fewer
 238 than 500 students, and in the case of occasional attendance model (42.9%) in schools with 501-
 239 1499 students.

240 Finally, most SNs worked in schools that were not located in disadvantaged areas. However,
 241 significant differences were observed between contractual models in relation to this variable,
 242 with it being more common for nurses working in disadvantaged areas to be in itinerant models
 243 (64.4%) or attending occasionally the school (63.6%) ($p < 0.001$).

244 **Table 1: Social-labor characteristics of School Nurses (SNs) based on the model of care developed in the**
 245 **school, according to the responses of the SNs. (N= 376).**

Variables / Contractual Situación (N=376)	Exclusive Model	Itinerant Model	Attends occasionally	p
<i>Variables related to the SN.</i>				
Gender (m=0)				0.085
Female	272 (94.8)	48 (94.1)	34 (89.5)	
Male	15 (5.2)	2 (3.9)	3 (7.9)	
Non-binary	0 (0.0)	1 (2.0)	1 (2.6)	
Age	40.15 (9.35)	41.55 (9.06)	42.24 (8.34)	0.304
Entity from which their service/employment depends (m=0)				<0.001
School	60 (20.9)	0 (0.0)	1 (2.6)	
Education Department	139 (48.4)	6 (11.8)	5 (13.2)	
Health Department	15 (5.2)	34 (66.7)	28 (73.7)	
Others	9 (3.1)	10 (19.6)	2 (5.3)	
Thorough a private company	64 (22.3)	1 (2.0)	2 (5.3)	
Work schedule mode (m=10)				0.054
Full-time	225 (79.5)	47 (92.2)	24 (75.0)	
Part-time	58 (20.5)	4 (7.8)	8 (25.0)	
<i>Variables related to the school</i>				
Type of school (m=0)				<0.001
School of Infant and/or Primary Education	86 (30.0)	16 (31.4)	8 (21.1)	
Institute of Secondary Education and/or Baccalaureate	11 (3.8)	2 (3.9)	6 (15.8)	
School of Infant, Primary, and Secondary Education	129 (44.9)	7 (13.7)	9 (23.7)	
Special Education school	61 (21.3)	6 (11.8)	0 (0.0)	
Various types of schools	0 (0.0)	20 (39.2)	15 (39.5)	
Type of funding (m=0)				<0.001

Subsidized	96 (33.4)	5 (9.8)	3 (7.9)	
Private	41 (14.3)	1 (2.0)	2 (5.3)	
Public	150 (52.3)	45 (88.2)	33 (86.8)	
Location (m=0)				0.011
Rural	32 (11.1)	11 (21.6)	10 (26.3)	
Urban	255 (88.9)	40 (78.4)	28 (73.7)	
Number of students in the school (m=0)				0.096
≤500	126 (44.4)	24 (49.0)	9 (25.7)	
501-1499	111 (39.1)	19 (38.8)	15 (42.9)	
≥1500	47 (16.5)	6 (12.2)	11 (31.4)	
School located in a disadvantaged area (m=50)				<0.001
Yes				
No	32 (12.9)	16 (35.6)	12 (36.4)	
	216 (87.1)	29 (64.4)	21 (63.6)	

246 **m: missing values**

247

248 In **Table 2**, the characteristics of schools are shown based on the availability or not of a SN in the
 249 school according to the responses of the school staff. Out of 1194 participants, 65.2% are
 250 women, the mean age of the respondents is 50.5 years old, 78.2% are directors or responsible
 251 for the school, and 55% (n=320) affirmed having a SN in their school. 45.5% (n=124) affirmed
 252 that the nurse was in the schools according to the exclusive model, 21.4% (n=56) itinerant, and
 253 32.8% (n=89) attended occasionally the school.

254 One of the characteristics of the school associated significantly with the availability of a SN,
 255 according to the responses of the school staff, was the type of school. Participants from special
 256 education schools more frequently affirmed having a SN (10.1% yes vs. 2.2% no), while schools
 257 of Infant and Primary Education have less availability of SN (56.3% yes vs. 68.7% no) ($p < 0.001$),
 258 despite the latter being the highest percentage of participating schools. Regarding funding,
 259 although most participating schools were public, there was a higher availability of SNs in
 260 subsidized schools (17.3% yes vs. 10.5% no) and private schools (1.2% yes vs. 0.1% no) ($p <$
 261 0.001). The location of the school was also related to the availability of a SN ($p < 0.001$). Thus,
 262 schools located in urban areas had a higher availability of SNs (82.4% yes vs 72.6% no) compared
 263 to rural schools (17.7% yes vs 27.4% no) ($p < 0.001$). Regarding the number of students, the
 264 availability of a SN was higher in schools with ≥ 1500 students (11.2% yes vs. 3.2% no) and lower
 265 in schools with < 500 students (65.5% yes vs. 73.1% no) ($p < 0.001$). Finally, there were no
 266 significant differences regarding the availability of a SN according to the school location in a
 267 disadvantaged area or not, and regarding the perceived need for the establishment of health
 268 training programs for teachers, which was considered necessary by the majority (96.4%).

269

270

271
272
273
274

Table 2: Characteristics of school based on the availability of a School Nurse (SN) in the school, according to responses from school staff (N=1194)

		Availability of SN (N=1194)		p
		Si	No	
Type of school (N=1181)	Nursery School	1(0.3%)	2 (0.2%)	<0.001
	Primary and Secondary School	178 (56.3%)	594 (68.7%)	
	Primary School	4 (1.3%)	9 (1%)	
	Secondary School and High School	58 (18.4%)	161 (18.6%)	
	Nursery, Primary, and Secondary School	43 (13.6%)	80 (9.3%)	
	Special Education school	32(10.1%)	19 (2.2%)	
Type of Funding (N=1194)	Public	263 (81.4%)	779 (89.4%)	<0.001
	Subsidized	56(17.3%)	91(10,5%)	
	Private	4 (1.2%)	1 (0,1%)	
Location (N= 1194)	Rural	57(17.7%)	239 (27.4%)	<0.001
	Urban	266(82.4%)	632 (72.6%)	
Number of Students in the school (N=1191)	<500	211(65.5%)	635(73.1%)	<0.001
	Between 501 y 1499	75 (23.3%)	206(23.7%)	
	≥ 1500	36 (11.2%)	28 (3.2%)	
School located in a disadvantaged area (N=1106)	YES	88 (29.4%)	261 (32.3%)	0.197
	No	211 (70.6%)	546 (67.7%)	
¿Do you consider it necessary to establish health training programs aimed at teachers? (N=1194)	YES	313 (96.9%)	834 (95.8%)	0.233
	No	10 (3.1%)	37 (4.2%)	

275

276 In **Table 3**, the responses of the participants representing the PAs are shown based on the
277 availability of a SN. Out of 582 participants, 91% are women, with an average age of 43.9 years.
278 About 74.8% are representatives of the PAs. Among them, 40.2% (n=234) stated that there is a
279 SN available in the school. Furthermore, 63.8% (n= 141) mentioned that the SN was available at
280 the school in exclusivity, 23.1% (n=51) stated that the nurse worked itinerantly across multiple
281 schools, and 13.1% (n=29) mentioned that the nurse attended occasionally.
282 A significant difference was observed (p=0.002) in the availability of a SN based on the existence
283 of children with a disease at the school (30.3% yes vs 19.3% no). This availability also varied
284 according to the type of school (p < 0.001), as participants from special education schools were
285 more likely to have a SN (7.3% yes and 0.9% no) despite most participating schools being primary
286 schools. Regarding the location of the school, those located in urban areas had a higher
287 availability of SNs (82.9% yes vs 71% no) (p < 0.001).

288 In relation to the number of students, the availability of a SN was higher in institutions with
 289 ≥ 1500 students (12.5% yes vs. 2.7% no) and lower in institutions with < 500 students (52.5% yes
 290 vs 60.1% no) ($p < 0.001$). However, no significant differences were observed in the availability of
 291 a SN based on the type of funding of the school, its location in a disadvantaged area or not, and
 292 in relation to the perceived need for the implementation of health training programs directed
 293 at teachers, which was considered mostly necessary (99%).

294

295 **Table 3: Characteristics of schools according to the availability of a School Nurse (SN) in the schools,**
 296 **according to the responses of representatives of the PAs (N=582)**

		Availability of SN		p
		Si	No	
Children in the school with some illness	YES	71 (30.3%)	67 (19.3%)	0.002
	No	163 (69.7%)	281 (80.7%)	
Type of school	Nursery School	2 (0.9%)	2 (0.6%)	0.002
	Kindergarten and Primary School	119 (51.3%)	175 (51.5%)	
	Primary School	9 (3.9%)	21 (6.2%)	
	Secondary School and High School	69 (29.7%)	114 (33.5%)	
	Kindergarten, Primary, and Secondary School	16 (6.9%)	25 (7.4%)	
	Special Education schools	17 (7.3%)	3 (0.9%)	
Type of funding	Public	216 (92.3%)	327 (94%)	0.396
	Subsidized	17 (7.3%)	21 (6%)	
	Private	1 (0.4%)	0 (0%)	
Location	Rural	40 (17.1%)	101 (29%)	<0.001
	Urban	194 (82.9%)	247 (71%)	
Number of students in the school	< 500	105 (52.5)	200 (60.1%)	<0.001
	Entre 501 y 1499	70 (35%)	124 (37.2%)	
	≥ 1500	25 (12.5%)	9 (2.7%)	
School located in a disadvantage area.	YES	23 (12.4%)	53 (17.9%)	0.104
	No	163 (87.6%)	243 (82.1%)	
Do you consider it necessary to train teachers in health education?	YES	232 (99.1%)	344 (98.9%)	0.730
	No	2 (0.9%)	4 (1.1%)	

297

298 In **Table 4**, the perceived need for a SN by the school staff and PAs (Parent Associations)
 299 representatives is presented based on reported characteristics of the schools.

300 For the school staff, the perceived need for the SN was averaged at 4.58 (SD = 0.73). In this
 301 group, the variables associated with the perceived need were the location, with a higher
 302 perceived need in schools located in urban areas (4.64, SD = 0.66) compared to rural areas (4.40,
 303 SD = 0.88) ($p < 0.001$), in schools located in disadvantaged areas (4.67, SD = 0.66) compared to
 304 those that did not (4.55, SD = 0.74) ($p = 0.013$), if they had a SN available (4.81, SD = 0.42 vs 4.50,

305 SD = 0.80), if they operated under the exclusivity model (4.90, SD = 0.31) versus the model where
306 the nurse attends occasionally (4.66, SD = 0.54) ($p < 0.001$), and if they considered teacher's
307 healthcare training necessary (4.60, SD = 0.71 vs 4.26, SD = 1.05).

308 For the PAs group, the perceived need for the SN was averaged at 4.57 (SD = 0.76). In this group,
309 the variables associated with the perceived need were the role, with a higher perceived need
310 among parents (4.76, SD = 0.54) compared to PA representatives (4.46, SD = 0.86), the existence
311 of children with illness in the school (4.73, SD = 0.76 vs 4.52, SD = 0.75), the location, with a
312 higher perceived need in schools located in urban areas (4.65, SD = 0.68) compared to rural areas
313 (4.33, SD = 0.93) ($p < 0.001$), according to the number of students in the school, with a higher
314 perceived need in larger schools (4.88, SD = 0.33) versus smaller ones (4.47, SD = 0.81) ($p = 0.003$),
315 if they had a SN available (4.82, SD = 0.49 vs 4.41, SD = 0.86), if they operated under the
316 exclusivity model (4.94, SD = 0.25) versus the itinerant model (4.65, SD = 0.80) ($p < 0.001$), and if
317 they considered teacher's healthcare training necessary (4.59, SD = 0.71 vs 2.50, SD = 1.76).

318 Finally, it is worth mentioning that the satisfaction level with the SN, reported by participants
319 who had a SN available at the school, was 4.44 (SD = 0.93) for the school staff and 4.32 (SD =
320 0.89) for the PAs. Furthermore, a positive Pearson correlation was observed between the
321 perceived need for the SN and the satisfaction level with the SN in both groups (school staff $r =$
322 0.171, $p = 0.002$; PAs $r = 0.310$, $p < 0.001$).

323 Table 4: Perceived need for school nurse (SN) by school staff and PA (parent’s associations) representatives according to reported characteristics of schools

School Staff				PAs			
		Anova				Anova	
School staff (n=1194)	Perceived need for SN	F	p	PAs (n=582)	Perceived need for SN	F	p
Gender (n=1194)		0.40	0.670	Gender (n=582)		2.26	0.105
Male	4.60 (0.64)			Male	4.38 (0.91)		
Female	4.57 (0.77)			Female	4.60 (0.74)		
Non-binary	4.33 (0.58)			Non-binary	4.50 (0.71)		
Person's role (n=1194)		1.35	0.251	Person's role (n=582)		9.63	<0,001
Principal/Head of school	4.57 (0.71)			Father	4.76 (0.54)		
Head of Studies	4.58 (0.90)			Mother	4.73 (0.56)		
Teacher	4.67 (0.64)			PA Representative	4.46 (0.86)		
Secretary	4.42 (0.96)						
Vice Principal	4.75 (0.50)						
				Children at the school with any illness (n=582)		8.11	0,005
				Yes	4.73 (0.76)		
				No	4.52(0.75)		
Type of school (n=1194)		1.62	0.152	Type of school (n=581)		1.45	0.205
Preschool	5.00 (0.00)			Preschool	4.75 (0.50)		
Primary and Preschool	4.59 (0.72)			Primary and Preschool	4.58 (0.76)		
Primary School	4.77 (0.44)			Primary School	4.53 (0.94)		
Secondary and High School	4.58 (0.73)			Secondary and High School	4.54 (0.81)		
				Primary, Secondary, and High School	4.51 (0.55)		
				Special Education school	5.00 (0.00)		

Type of Funding (n=1193)		2.72	.066	Type of Funding (n=582)		0.20	.819
Public	4.60 (0.71)			Public	4.57 (0.77)		
Subsidized/Private	4.46 (0.83)			Subsidized/Private	4.61 (0.55)		
Private	4.40 (0.89)			Private	5.00 (0.00)		
Location (n=1194)		26.46	<.001	Location (n=581)		19.01	<.001
Rural	4.40 (0.88)			Rural	4.33 (0.93)		
Urban	4.64 (0.66)			Urban	4.65 (0.68)		
Number of students in the school (n=1191)		0.59	.554	Number of students in the school (n=532)		6.01	.003
<500	4.57 (0.73)			<500	4.47 (0.81)		
Entre 501 y 1499	4.60 (0.72)			Entre 501 y 1499	4.63 (0.76)		
≥ 1500	4.66 (0.72)			≥ 1500	4.88 (0.33)		
School located in a disadvantaged area (n=1106)		6.25	.013	School located in a disadvantaged area (n=582)		2.85	.092
YES	4.67 (0.66)			SI	4.70(0.59)		
No	4.55 (0.74)			No	4.53 (0.82)		
Service delivery model (n=271)		8.60	<.001	Service delivery model (n=220)		9.37	<.001
Exclusive model	4.90 (0.31)			Exclusive model	4.94(0.25)		
Itinerant model	4.86 (0.40)			Itinerant model	4.65 (0.80)		
Attends it occasionally	4.66 (0.54)			Attends it occasionally	4.66 (0.55)		
Is there a SN in your school (n=1193)		46.74	<.001	Is there a SN in your (n=581)		45.11	<.001
YES				YES			
No	4.81 (0.42)			No	4.82 (0.49)		
	4.50 (0.80)				4.41 (0.86)		
Do you consider it necessary to train teachers in health education? (n=1194)		9.93	.002	Do you consider it necessary to train teachers in health education? (n=582)		48.95	<.001
Yes	4.60 (0.71)			YES			
No				No			

	4.26 (1.05)				4.59 (0.71) 2.50 (1.76)		324
--	-------------	--	--	--	----------------------------	--	-----

325 **DISCUSSION**

326 This study provides insights into the situation of SNs in Spain based on responses from SNs,
327 school staff, and parents from PAs. The study characterizes this situation through social-labor
328 variables according to the model of care present in the schools, as well as indicating the
329 availability and perceived need according to the characteristics of the schools. Finally, the
330 satisfaction of school staff and parents with this figure is presented. Both the perceived need
331 and satisfaction levels are reported to be very high.

332 The most prevalent model of care is the exclusive model, which aligns with the internationally
333 recognized role of the SN and advocated by most scientific associations(24), In this model, the
334 nurse attends to the school community in a single school. However, according to the responses
335 from school staff and parents, the SN is available in approximately half of the participating
336 schools in Spain, a figure lower than that found in other countries(25,26). This reflects the need
337 to continue increasing school nursing services in schools, advocating for a greater presence of
338 the exclusive model(27).

339 Regarding the development of this model, it was observed mainly in private and semi-private
340 schools (partially funded by the state, publicly used but privately managed) compared to public
341 schools, when the hiring depends on a private company, the school itself, or the Department of
342 Education, in schools that cover all levels (infant, primary, and secondary education), in urban
343 areas, and in schools not located in disadvantaged areas. On the other hand, both school staff
344 and parents of students agreed that SNs were more available in special education schools, urban
345 areas, and schools with a higher number of students. In the case of school staff, it was also
346 observed more frequently in private and subsidiarized schools. His reflects a greater
347 commitment to hiring and the use of the exclusive model in the latter type of school, which are
348 schools that integrate a greater number of school levels, with a higher number of students and
349 more availability in urban areas. These schools often reflect a higher social status of the school
350 community(28), so it would be those with higher purchasing power in Spain who have access to
351 this service. However, it also reflects a health inequality for students with lower purchasing
352 power, belonging to rural areas and disadvantaged areas, perhaps a population with even
353 greater need for attention. To combat this inequality, it would be advisable to have a universal
354 availability of this figure in schools throughout the territory and for SNs to depend on the state,
355 either from the health department or education department. Indeed, the intervention of the SN
356 could influence many of the defining characteristics of these communities, such as school
357 absenteeism or health inclusion, as pointed out by various authors(29–32). Furthermore, it

358 should be strengthened in its integration with primary health care and social services, to offer
359 coordinated and comprehensive care for the students attended to (29).

360 Another noteworthy point is that those parents, mothers and PAs who had children with illnesses
361 in the school reflected a greater availability of a SN and perceived a greater need for this figure.
362 This is consistent with the peace of mind provided by having a highly qualified professional able
363 to address the health needs of their children (22). The perceived need was related in both groups
364 to the location of the school in urban areas and in larger-sized schools, likely due to the greater
365 availability of SNs in this type of setting and the development of an exclusive model in the
366 schools of such characteristics. In the school staff, the perceived need for SN was also related to
367 the school's availability in disadvantaged areas, reflecting the concern of staff in these schools
368 to provide better services to their students. Most of participants considered it necessary to
369 implement health training programs for teachers, with the perceived need also being higher
370 among those who responded affirmatively to this question(1,30).

371 Finally, it is worth noting that perceived need was also related to satisfaction, especially among
372 participants belonging to PAs. Overall, both the high satisfaction and the perceived need reflect
373 the benefits that this figure brings to the school community, for healthcare, prevention, and
374 health education activities(29).

375

376 **LIMITATIONS AND STRENGTHS**

377 The main limitation of this type of cross-sectional study is its inability to establish causal
378 inferences. Additionally, questionnaire-based surveys may be prone to recall bias if respondents
379 do not accurately remember the data when completing them. Moreover, online surveys have
380 the limitation that certain profiles, with a higher interest in research, may be overrepresented.
381 However, online surveys also offer advantages such as lower cost, ease of use, simplification of
382 fieldwork logistics, and the ability to reach population segments that are difficult to locate
383 nationwide through personal and telephone surveys. The main strength of the study lies in its
384 national scope, being conducted by a team of nursing experts in school health from across the
385 country, with participation proportional to the geography of the school community in Spain.

386

387 **CONCLUSIONS**

388 The results of this study provide a detailed overview of the situation of SNs at a national level,
389 addressing demographic aspects, employment, and school environments. These data are
390 essential to inform policies and practices related to school nursing.

391 Three main working models for SNs are identified, each with its specific characteristics: the
392 exclusivity model where the SN performs duties in a single school permanently, the itinerant
393 model where the nurse attends various schools to provide care, and the model where the nurse
394 attends occasionally at the request of the school. Although the exclusivity model is the most
395 prevalent, it is only available in half of the cases. Contractual variations indicate areas where
396 policies can be adjusted to ensure equity and guarantee the services provided.

397 Only half of the participating Spanish schools have a SN, despite the perceived need and high
398 satisfaction with this professional figure. Various factors are associated with availability and
399 perceived need, reflecting a greater availability for students with higher socioeconomic status
400 and the consequent health inequity. Additionally, availability and perceived need are related to
401 the existence of a child with an illness at school.

402 Finally, there is a need for teachers to be trained in health issues, with perceived needs of the
403 school community who recognize this need.

404 In our opinion, active interaction with the school community, students, and families reinforces
405 the integral role of SNs, highlighting the importance of considering the socioeconomic context
406 in interventions and resource allocation. There is a need to increase awareness of their role, as
407 it is crucial to address underlying perceptions to highlight their importance in the well-being of
408 the school community.

409 We believe that the findings of this study are essential for understanding the diversity of
410 contexts in which SNs operate and identifying key areas that may require attention and
411 adaptation in current policies and practices.

412 In future research, it would be of interest to investigate nursing records addressing the various
413 care actions, and the confidentiality and type of record that SNs maintain for student health
414 data. Likewise, it would be advisable to further analyze the interventions carried out by nurses
415 in school settings, as well as cost-effectiveness studies of such interventions. This could help to
416 establish the competency profile for SNs in Spain.

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

REFERENCES

427

1. Bernedo-García MC, Quiroga-Sánchez E, García-Murillo MÁ, Márquez-Álvarez L, Arias-Ramos N, Trevisson-Redondo B. The need for School Nursing: An Integrative Literature Review. Vol. 22, *Enfermería Global*. scieloes; 2023. p. 490–516.

428

429

2. Darlington E, Bada E, Masson J, Simovska V, Schulz A, Munch J. EUROPEAN STANDARDS & INDICATORS FOR HEALTH PROMOTING SCHOOLS 2.0 [Internet]. 2021. Available from: www.schoolsforhealth.org

430

431

3. Pawils S, Heumann S, Schneider SA, Metzner F, Mays D. The current state of international research on the effectiveness of school nurses in promoting the health of children and adolescents: An overview of reviews. Saqr M, editor. *PLoS One* [Internet]. 2023 Feb 22;18(2):e0275724. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0275724>

432

433

434

435

4. Soler Pardo EM. Contextual framework of school nursing at the international and national level [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. 1–84 p. Available from: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/coronavirus/documentos/MARCO_CONTEXTUAL_DE_LA_ENFERMERA_ESCOLAR_Julio_2022.pdf

436

437

438

439

5. Consejo General de Enfermería de España. Competence framework of the Nursing Professional Expert in the School Environment [Internet]. 1st ed. Rev. chil. psicoanal. 2018. 23 p. Available from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/Doc Competencias Enfermería Escolar.pdf>

440

441

442

6. Maughan ED, Duff C, Wright J. Using the Framework for 21st-Century School Nursing Practice in Daily Practice. *NASN Sch Nurse*. 2016;31(5):278–81.

443

444

7. Maughan ED, Jameson BE. Celebrating 21st-Century School Nursing Practice. *NASN Sch Nurse*. 2020;35(3):133–5.

445

446

8. Rojas López DA, Hernández Rincón EH, Lamus Lemus F, Zapata Obando MR. The Precede-Proceed model: a contextual framework for community health in educational environments. *Cultura de los Cuidados*. 2023;(67).

447

448

9. Nekaa M, Berger D. School nurses in France: a mixed study on practices in education and health promotion. *Rech Soins Infirm*. 2019 Jan 18;N° 135(4):14–29.

449

450

10. Maughan ED, Baltag V. The Global Shortage of School Nurses. *The Journal of School Nursing*. 2024 Feb 20;40(1):5–

451

7.

11. Turner G, Mackay S. The impact of school nurse interventions: Behaviour change and mental health. *British Journal of School Nursing*. 2015 Dec 2;10(10):494–506.

452

453

12. Wang LY, Vernon-Smiley M, Gapinski MA, Desisto M, Maughan E, Sheetz A. Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatr*. 2014;168(7):642–8.

454

455

13. van der Pol S, Postma MJ, Jansen DEMC. School health in Europe: a review of workforce expenditure across five

456

457

countries. *BMC Health Serv Res*. 2020 Dec 12;20(1):206.

458

459

14. Woynarowska M. Health-promoting schools in Poland: the role of parents and school nurses. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*. 2022 Apr 1;(89):89–98.

460

461

15. Fleming B, Harford J. The DEIS programme as a policy aimed at combating educational disadvantage: fit for

462

463

purpose? *Irish Educational Studies*. 2023 Jul 3;42(3):381–99.

464

465

16. Rong T, Risteviski E, Carroll M. Exploring community engagement in place-based approaches in areas of poor health

466

and disadvantage: A scoping review. *Health Place*. 2023 May;81:103026.

467

17. Rosa WE, Kurth AE, Sullivan-Marx E, Shamian J, Shaw HK, Wilson LL, et al. Nursing and midwifery advocacy to lead the United Nations Sustainable Development Agenda. *Nurs Outlook*. 2019 Nov;67(6):628–41.

18. Park M, Budisavljević S, Alemán-Díaz AY, Carai S, Schwarz K, Kuttumuratova A, et al. Child and adolescent health in Europe: Towards meeting the 2030 agenda. *J Glob Health*. 2023 Jan 20;13:04011.

- 468 19. Sáenz Royo E. Health provision in the autonomous state: incongruities between the competency model and its
469 financing. *Revista Española de Derecho Constitucional*. 2020 Aug 31;(119):119–50.
- 470 20. González Castaño V. Comparative analysis of educational inspection regulations among the autonomous
471 communities of Spain. 2023 [cited 2024 Apr 3]; Available from: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/62605>
- 472 21. Shin EM, Roh YS. A School Nurse Competency Framework for Continuing Education. *Healthcare*. 2020 Jul
473 30;8(3):246.
- 474 22. Cabrera L, Bianchi D. Social and educational challenges for primary education in Spain in relation to the Sustainable
475 Development Goals (SDGs). *Contextos Educativos Revista de Educación*. 2023 Mar 30;(31):53–74.
- 476 23. Tisoy Ibarra CA. Perception of teachers in public educational centers in the municipality of Granadilla de Abona
477 regarding the need to incorporate school nurses. 2022 [cited 2024 Apr 3]; Available from:
478 <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/26964>
- 479 24. Álvarez Terán R, Eguilaz Fanlo M, Miguel Moreno S. School nursing: a necessary resource for the educational
480 community. *Contextos Educativos Revista de Educación*. 2018 Jun 28;(22):165.
- 481 25. Costante CC. School Health Nursing Services Role in Education: The No Child Left Behind Act of 2001. *The Journal*
482 *of School Nursing*. 2006 Jun 15;22(3):142–7.
- 483 26. Alonso Sánchez JA. Family participation in the educational center: Perception of families and teachers. *ReiDoCrea:*
484 *Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*. 2023 Nov 23;
- 485 27. Largent P. Amplifying Advocacy for Student Health and School Nursing Services. *NASN School Nurse*. 2022 Jul
486 31;37(4):182–3.
- 487 28. Belavi G, Murillo FJ. Democracy and social justice in schools: Dimensions for thinking and improving educational
488 practice. *REICE Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*. 2020 Jun 18;18(3):5–28.
- 489 29. Dai C. School Health Program: Impacting Physical Activity Behaviors Among Disadvantaged Students. *Journal of*
490 *School Health*. 2019 Jun 27;89(6):468–75.
- 491 30. Arimas-Macalino C, Weismuller PC, McClanahan R. Addressing illness-related chronic absences. *NASN School*
492 *Nurse*. 2019 Nov 6;34(6):357–62.
- 493 31. Willgerodt MA, Brock DM, Maughan ED. Public school nursing practice in the United States. *The Journal of School*
494 *Nursing*. 2018 Jun 17;34(3):232–44.
- 495 32. Rankine J, Goldberg L, Miller E, Kelley L, Ray KN. School nurse perspectives on addressing chronic absenteeism.
496 *The Journal of School Nursing*. 2023 Dec 14;39(6):496–505.

497

498

499 STATEMENTS

500 **Ethical approval and consent to participate:** The protocol was approved by the Ethics
501 Committee of the Príncipe de Asturias University Hospital (CEIm Code: OE 18/2023) (Spain). Each
502 participant received an information sheet as a participant, and informed consent was obtained
503 from all subjects involved in the study.

504 **Data availability statement:** Written informed consent was obtained.

505 **Consent for publication:** "Not applicable."

506 **Availability of data and materials:** The datasets generated and/or analyzed during the current
507 study are available in the repository of the General Council of Nursing.

508 **Conflict of interest:** The authors declare no conflicts of interest.

509 **Funding:** This research received funding from the General Council of Nursing of Spain's budget
510 under the category of "Support for Research" for data collection and publication.

511 **Author contributions:** Zafra-Agea JA, Domingo Pérez T, Lima-Serrano M, Vargas-Martinez AM,
512 Soler-Pardo E, Torralbas-Ortega J, Hoyos Cillero I participated in conceptualization,
513 investigation, writing, and intellectual review of the manuscript. Zafra-Agea JA, Domingo Pérez
514 T, Lima-Serrano M, Vargas-Martinez AM, Hoyos Cillero I, writing of the original draft
515 methodology, formal analysis. Zafra-Agea JA, Domingo Pérez T, Lima-Serrano M, Torralbas-
516 Ortega J, Hoyos Cillero I writing-revision. Data retention belongs to the General Council of
517 Nursing Spain. All authors have read and agreed to the final version of the manuscript.

518 **Acknowledgments:** Guadalupe Fontán, Coordinator of the Spanish Institute of Nursing
519 Research, General Counsel of Nursing of Spain; Diego Ayuso Murillo, Secretary General of the
520 General Council of Nursing of Spain; and Jesús Ibáñez Milla, Deputy Director General of Statistics
521 and Studies, Technical General Secretariat, Ministry of Education and Vocational Training.

522 **Authors' information (optional):** All authors belong to the School Nursing Observatory Research
523 Group. General Council of Nursing of Spain.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: DISEÑO UNIVERSAL PARA EL APRENDIZAJE APLICADO AL ALUMNADO TDAH

Autor/es: Javier Padilla Gil

Centro de Trabajo: CEP Jerez

Mail de todos los autores: padillagiljavier@gmail.com

Resumen:

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad o TDAH comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad, que supone un obstáculo en el acceso, presencia, participación y aprendizaje de este alumnado en el sistema educativo. Para dar respuesta a este tipo de alumnado en la etapa de Educación Primaria, evitar el abandono y el fracaso escolar, y alcanzar una educación de calidad que permita un acceso universal al currículum, la vigente legislación en materia educativa nacional y autonómica, aboga por la aplicación del Diseño Universal para el Aprendizaje

El objetivo del artículo es considerar, basándonos en la literatura disponible y tomando como referencia el primer nivel de concreción curricular (legislación nacional y de la Comunidad Autónoma de Andalucía), en qué medida el DUA nos permite responder con garantías al alumnado con TDAH en la Educación Primaria del sistema educativo español

La metodología aplicada se basa en el análisis de los Principios y Pautas que vertebran el Diseño Universal para el Aprendizaje y comprobación de su adecuación al perfil del alumnado con TDAH en el sistema educativo español según los criterios establecidos por la guía de consulta diagnóstica DSM-V y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

Hemos constatado, ateniéndonos a la normativa nacional y autonómica, y su carácter prescriptivo en materia de inclusión (Primer y Segundo Nivel de Concreción Curricular), que el alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad escolarizado en centros públicos o concertados españoles puede beneficiarse, potencialmente, de los Principios y Pautas establecidas por el Diseño Universal para el Aprendizaje de cara a un desarrollo integral de su personalidad.

En resumen, a pesar de no estar aún integrado plena y efectivamente en nuestro sistema educativo, y ser un modelo en constante revisión, no cabe duda de que el DUA nos propone un nuevo espacio para la reflexión y la implementación de propuestas que permitan al alumnado participar plenamente en su propio proceso de aprendizaje y de adaptar la *lógica de la heterogeneidad* en las aulas, fomentando, de ese modo, una escuela más inclusiva

DISEÑO UNIVERSAL PARA EL APRENDIZAJE APLICADO A ALUMNADO TDAH

Javier Padilla Gil

padillagiljavier@gmail.com

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Considerar, basándonos en la literatura disponible y tomando como referencia el primer nivel de concreción curricular (legislación nacional y de la Comunidad Autónoma de Andalucía), en qué medida el DUA nos permite responder con garantías al alumnado con TDAH en la Educación Primaria del sistema educativo español

MÉTODO/ METHOD

Análisis de los Principios y Pautas que vertebran el Diseño Universal para el Aprendizaje y comprobación de su adecuación al perfil del alumnado con TDAH en el sistema educativo español según los criterios establecidos por la guía de consulta diagnóstica DSM-V y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

RESULTADOS/ RESULTS

Ateniéndonos a la normativa nacional y autonómica, y su carácter prescriptivo en materia de inclusión (Primer y Segundo Nivel de Concreción Curricular), el alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad escolarizado en centros públicos o concertados españoles puede beneficiarse, potencialmente, de los Principios y Pautas establecidas por el Diseño Universal para el Aprendizaje de cara a un desarrollo integral de su personalidad.



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

A pesar de no estar aún integrado plena y efectivamente en nuestro sistema educativo, y ser un modelo en constante revisión, no cabe duda de que el DUA nos propone un nuevo espacio para la reflexión y la implementación de propuestas que permitan al alumnado participar plenamente en su propio proceso de aprendizaje y de adaptar la *lógica de la heterogeneidad* en las aulas, fomentando, de ese modo, una escuela más inclusiva.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Alba Pastor, M. (Coord.) (2016) *Diseño Universal para el Aprendizaje: Educación para todos y prácticas de enseñanza inclusivas*. Morata.
- De Salazar Arboleas, Alma Mtz. (2021) *Atención a personas con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Junta de Andalucía.
- Villar Orjales, I. (2009) *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. CEPE.
- Turecky, S. (2002) *El niño difícil: como comprender y tratar a los niños difíciles de educar*. Medici.



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: DISEÑO UNIVERSAL PARA EL APRENDIZAJE APLICADO AL ALUMNADO TDAH

Autor/es: Javier Padilla Gil

Centro de Trabajo: CEP Jerez

Mail de todos los autores: padillagiljavier@gmail.com

INTRODUCCIÓN.

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (a partir de ahora TDAH) es una de las patologías del neurodesarrollo más prevalentes en salud mental de la infancia y la adolescencia en todo el mundo (Catalá-López, F. et al, 2012), y comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad, que supone un obstáculo en el acceso, presencia, participación y aprendizaje de este alumnado en el sistema educativo.

Para dar respuesta a este tipo de alumnado en la etapa de Educación Primaria, evitar el abandono y el fracaso escolar, y alcanzar una educación de calidad que permita un acceso universal al currículum, hemos de aplicar la *lógica de la heterogeneidad* (Muntaner, 2010), asumiendo y aceptando las diferencias individuales como un hecho consustancial a la convivencia en aulas y centros educativos. Con este propósito surge en Estados Unidos el Diseño Universal para el Aprendizaje (a partir de ahora DUA), modelo dinámico de carácter integrador definido por Rose y Meyer (2022) como “un conjunto de principios basados en los resultados de investigaciones, que proporcionan un marco para utilizar la tecnología de cara a maximizar las oportunidades de aprendizaje para todos los estudiantes.”

En el presente artículo voy a considerar, basándome en la literatura disponible y tomando como referencia el primer y segundo nivel de concreción curricular (legislación nacional y de la Comunidad Autónoma de Andalucía), en qué medida este nuevo paradigma nos permite responder con garantías al alumnado con TDAH en la Educación Primaria del sistema educativo español.

MARCO LEGISLATIVO.

Según la *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre*, por la que se modifica la *Ley Orgánica 2/2026, de 3 de mayo*, de Educación, en su CAPÍTULO I. *Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo* (a partir de ahora ACNEAE): las Administraciones educativas dispondrán de los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente ley. Por lo tanto, las Administraciones educativas asegurarán los recursos pertinentes para aquel alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, por



presentar necesidades educativas especiales (a partir de ahora ACNEE), por retraso madurativo, por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tardíamente al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar.

Con objeto de dar una respuesta lo más ajustada posible a las necesidades educativas del alumnado con TDAH, se establece la posibilidad de considerarlo tanto como ACENAE asociadas a dificultades de aprendizaje, como ACNEE; en tal caso se requerirán medidas y recursos específicos de atención a la diversidad (Adaptaciones curriculares significativas y/o programas específicos). En consecuencia, si un alumno con TDAH no precisa de atención específica, no será considerado como ACNEE y por lo tanto no será objeto de dictamen de escolarización.

La escolarización del ACNEE se registrará por los principios de normalización e inclusión, asegurando su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y permanencia en el sistema educativo. Se establecerán – cuando sea necesario- los procedimientos oportunos para realizar Adaptaciones que se aparten de los criterios de evaluación y los contenidos del currículum; siendo aplicadas en el momento en el que el alumno presente un desfase curricular de, al menos, dos cursos en el área objeto de adaptación. Su elaboración y seguimiento corresponderá al profesorado especializado en colaboración con el profesorado del área y el asesoramiento de los equipos de orientación educativa.

A nivel autonómico (Andalucía) existe el *Acuerdo de 23 de marzo de 2021*, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del *Protocolo de Atención a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. La función del mismo es el de guiar o regular determinadas acciones para evitar incidencias y facilitar respeto, integración y comunicación. Como contenido relevante del protocolo destacamos los siguientes apartados: Detección en el centro educativo y desde los servicios sanitarios; Proceso de identificación, evaluación y diagnóstico en ambos ámbitos, así como los espacios de coordinación intersectorial y dentro del ámbito sanitario, entre Atención Primaria y las Unidades de Salud Mental Comunitaria, con la intervención de neuropediatría cuando sea preciso; Proceso de intervención y tratamiento, también desde ambos ámbitos; Procedimiento de intercambio de información entre los servicios sanitarios y educativos.

Por otro lado, el *Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo*, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria, señala, en su Artículo 5 (*Principios generales*), que las medidas organizativas, metodológicas y curriculares que se adopten para la integración de las distintas experiencias y aprendizajes del alumnado en la etapa se registrarán por los principios del DUA. Así mismo, en el Decreto 101/2023, de 9 de mayo, por el que se establece la ordenación y el currículum de la etapa de Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, enuncia, en su Artículo 6 (Principios pedagógicos), que se potenciará el DUA con objeto de garantizar una efectiva educación inclusiva que permita el acceso al currículum de todo el alumnado.

UNA APROXIMACIÓN AL TDAH DESDE EL ÁMBITO ESCOLAR.



Según la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, el TDAH se caracteriza por un *patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo*. Este trastorno es diez veces más frecuente en niños que en niñas (Orjales Villar, I., 2009). A pesar de que a día de hoy no podemos establecer una etiología clara y definitiva al respecto, existe cierto consenso en considerar la interacción de origen biológico (heredabilidad o factores neuroquímicos: fallos en el córtex prefrontal, desequilibrio en los transmisores de dopamina, noradrenalina) y factores psicosociales-ambientales (prenatales/perinatales: tabaquismo, estrés o ansiedad durante el embarazo) como posibles agentes desencadenantes, facilitadores y/o agravantes durante la etapa de gestación.

El TDAH aparece en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la *Organización Mundial de la Salud* dentro de la categoría de Trastornos del Neurodesarrollo. Según dicha clasificación, entre los criterios diagnósticos por *déficit de atención* asociados al ámbito educativo encontramos: dificultad para centrarse en tareas que no posean un alto nivel de estimulación o una recompensa inmediata; escasa atención a los detalles, descuidos en las actividades escolares y omisión de los deberes asignados; recurrentes distracciones causadas por estímulos externos o ideas no vinculadas a la tarea encomendada; extravío o pérdida frecuente de objetos y material escolar; dificultades para la planificación, organización y secuenciación de las tareas, trabajos o proyectos. El alumnado con TDAH siente, al enfrentarse a la tarea asignada, que el esfuerzo que debe invertir está por encima de sus posibilidades reales (*expectativas de eficacia*), lo que provoca ansiedad, rechazo y el abandono frecuente incluso antes de dar el primer paso.

En relación a la *hiperactividad-impulsividad* se señala una excesiva actividad motriz que impide su permanencia sedente; marcada dificultad para involucrarse en actividades de una manera sosegada y reglada; habla excesivamente y de manera descontrolada, no siendo capaz de esperar su turno en las conversaciones, juegos y otras tareas colectivas; interrumpe y se entromete en los juegos y reuniones de los demás; tiene tendencia a responder impulsivamente sin detenerse a considerar sus palabras y las consiguientes consecuencias. Estas circunstancias suelen provocar una actitud de rechazo por parte de sus iguales, generando en el alumno con TDAH conductas contestatarias, desafiantes e incluso cercanas al ostracismo social.

Desde el punto de vista de las emociones, el alumnado con TDAH muestra una madurez inferior que el resto de los compañeros de su edad. Suelen desmoralizarse con facilidad, encontrando dificultades para gestionar la frustración. Padecen labilidad emocional y carecen de la empatía necesaria para ponerse en el lugar de sus iguales. No suelen reconocer sus errores, responsabilizando a los demás de ellos.

Dentro del alumnado diagnosticado con TDAH podemos encontrar: predominio del déficit de atención, predominio de la impulsividad-hiperactividad o tipo combinado. Asimismo, y según el DSM-V, dependiendo de los criterios de gravedad que manifiesta el trastorno y los ámbitos de actuación puede ser:

Leve: afecta únicamente el rendimiento escolar, sin que exista deterioro en la relación con sus iguales ni en la dinámica familiar. Estos casos serán abordados en los Centros Educativos y Atención Primaria de forma preferente. Su intervención implica control ambiental, parentalidad positiva (estrategias de disciplina positiva que fomenten el comportamiento deseado) e intervención farmacológica.



Moderado: existe incidencia en la esfera escolar, la relación con sus iguales, la dinámica familiar, manifestándose actitudes oposicionistas. Se abordan también en los Centros Educativos y las Unidades de Salud Mental Comunitaria, donde la intervención se centrará en la parentalidad positiva, la intervención farmacológica e intervenciones psicológicas específicas (desde el ámbito educativo).

Grave: se produce un deterioro en el funcionamiento escolar y social. Abordados en Centros Educativos y Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil). Las pautas de intervención están integradas por el diagnóstico diferencial, las intervenciones psicológicas específicas y la intervención farmacológica.

Resumiendo, las medidas de intervención que se desarrollarán en los Centros Escolares serán: el entrenamiento de habilidades cognitivas y metacognitivas (atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas...); técnicas de modificación de conducta y resolución de problemas; y el entrenamiento en habilidades sociales y de autocontrol. Tales propuestas tienen como objeto reducir los síntomas TDAH, *la psico-educación* sobre el trastorno, adaptar el entorno a las necesidades del alumno, mejorar las habilidades de afrontamiento de todo el personal implicado/afectado (dada su dimensión holística) y modificar las percepciones/creencias desadaptativas.

Los docentes (tutores) van a jugar un papel determinante en la detección temprana e implementación de protocolos del alumnado con TDAH. Dada su experiencia, formación y, sobre todo, el tiempo que comparten con el grupo clase, suelen ser los primeros en percatarse del trastorno y concederle su justa relevancia, poniéndolo en conocimiento de los padres tras haberlo contrastado de manera protocolaria y objetiva con el profesorado especializado y el orientador de referencia. Veamos los pasos de ese modelo detección:

1º Reunión del equipo docente en la que se valorarán los indicios de TDAH detectados, la eficacia de las medidas aplicadas o a implementar, y toma de decisiones sobre la continuación de las medidas o si se consideran estas insuficientes. Asistirá un miembro del equipo de orientación.

2º Establecimiento de un cronograma (con plazos concreto) para el seguimiento de esas medidas. Todo quedará recogido en acta que se remitirá a Jefatura de Estudios.

3º Reunión con la familia para ponerla al corriente de lo decidido en la reunión.

4º Si tras 3 meses (como mínimo), lo aplicado no surte efecto, se solicitará por parte del tutor una valoración psicopedagógica. En caso de que haya un agravamiento de las circunstancias o indicios evidentes de NEAE se podrá solicitar antes, pudiéndose incluir informes externos de administraciones públicas o privadas.

A la hora de identificar, evaluar y diagnosticar, desde el centro educativo se llevará a cabo una evaluación psicopedagógica en la que se determine un diagnóstico diferencial que descarte otras patologías y comorbidades, y ponga en marcha la intervención cuando sea pertinente. Por otro lado, de cara al proceso de intervención y tratamiento, la respuesta educativa para atender a la diversidad y las diferencias individuales del alumnado se compone de medidas y recursos (humanos y materiales) generales y específicos.

Según la *Orden de 30 de mayo de 2023*, entre las *medidas generales* se encuentran: agrupación de áreas por ámbitos; apoyo en grupos ordinarios mediante un segundo profesor dentro del aula; desdoblamiento de



grupos; agrupamientos flexibles; acción tutorial; o el uso de metodologías didácticas inclusivas basadas en el trabajo colaborativo y aprendizaje por Proyectos que promuevan la inclusión. También en la misma orden, las *medidas específicas* de atención a la diversidad y las diferencias personales pueden implicar, entre otras, las adaptaciones curriculares significativas, la intervención educativa impartida por el profesorado especialista y personal complementario o la escolarización en modalidades diferentes a la ordinaria.

DISEÑO UNIVERSAL PARA EL APRENDIZAJE (DUA)

Como hemos señalado anteriormente, el DUA es un modelo de carácter integrador basado en investigaciones realizadas en ámbitos como la psicología cognitiva, ciencias del aprendizaje, psicología del desarrollo y las neurociencias. Asimismo, el material de su marco teórico y directrices está inspirado en las experiencias y teorías de autores clave en la psicopedagogía como Piaget, Vygotsky o Brunner. Su principal propósito es, partiendo de la diversidad de estilos de aprendizaje, permitir a los estudiantes maximizar su potencial, derribando cualquier barrera que pueda suponer un obstáculo en su integro desarrollo personal.

Desde una perspectiva neurocientífica, el aprendizaje es un mecanismo elemental de plasticidad sináptica que permite a las neuronas establecer comunicación entre ellas para originar y fortalecer huellas en senderos neuronales. Por lo tanto, si somos capaces como educadores de activar los conocimientos previos (poniendo en funcionamiento alguna red neuronal que haya dejado su impronta), tendremos muchas más posibilidades que se produzca el aprendizaje al fortalecer y conectar la nueva información a la red neuronal existente. (Donald Hebb, *Learning Theories*, 2015).

Las redes neuronales aludidas se dividen en tres grupos: redes afectivas, redes de reconocimiento y redes estratégicas. Las tres redes tienen la misma importancia en el proceso de aprendizaje y suelen activarse simultáneamente. Veamos sucintamente cada una de ellas:

Las redes afectivas (Por qué se aprende), se localizan en el lóbulo límbico y son las que intervienen en los sentimientos, valores y emociones vinculados con lo que se aprende. Son importantes durante el proceso de enseñanza y aprendizaje puesto que van a influir en las actitudes hacia el deseo, motivación e interés hacia el mismo.

Las redes de reconocimiento (Qué se aprende), se encuentran en la parte posterior del cerebro, permitiéndole identificar la información y buscar y crear patrones de reconocimiento asociados a los sonidos, voces, letras, palabras o conceptos. Cuando estas redes encuentran alguna parte de la información ya conocida, será más fácil que esta se integre en una red neuronal ya existente.

Las redes estratégicas (Cómo se aprende), localizadas en los lóbulos frontales del cerebro. Se encargan de los aspectos ejecutivos y la planificación de la tarea. Activan las acciones para que el aprendizaje se pueda llevar a cabo. Van a permitir al alumnado organizarse y establecer una estrategia de trabajo.

Estas redes están asociadas a los tres principios que articulan la teoría y la práctica del DUA:

I. Proporcionar *múltiples formas de implicación*, de modo que el alumno encuentre un propósito para su aprendizaje y se sienta motivado y decidido a acometer la tarea (autorregulación).



II. Proporcionar *múltiples formas de representación* de la información y del contenido, permitiendo más opciones de acceso al aprendizaje dependiendo de cada estilo. Identificación de los recursos adecuados.

III. Proporcionar *múltiples formas de acción y expresión*, para que cada alumno interactúe con la información y demuestre los aprendizajes realizados en función de sus preferencias o capacidades. Establecimiento de metas y cómo alcanzarlas (planificación y ejecución).

A su vez, cada uno de estos principios incorpora tres pautas dentro de las cuales se incluyen diferentes puntos de verificación. Estas pautas son un conjunto de estrategias a disposición de los docentes que proporcionan un marco para el diseño y la estrategia a seguir en función de la diversidad de estilos de aprendizaje de su alumnado.

A renglón seguido nos vamos a centrar en el *Principio I* (dadas las connotaciones emocionales y motivacionales) para aplicar las pautas al alumnado con TDAH en el ámbito de la Educación Primaria:

Como hemos señalado anteriormente, este principio entronca con una pregunta fundamental: ¿Qué motiva al alumno? La respuesta a tal cuestión se encuentra en el componente afectivo del proceso de aprendizaje. En este principio cabe distinguir tres pautas:

a) *Proporcionar opciones para la autorregulación* que desarrollen, entre otros aspectos, la autodisciplina, el autocontrol, la gestión de la frustración, los arrebatos emocionales y el reconocimiento de emociones personales y ajenas. Para que un alumno con TDAH pueda llevar a cabo un proceso de autorregulación se deben establecer objetivos personales y ser formulados de manera realista, eficaz y operativa; fomentar los pensamientos positivos sobre la posibilidad de consecución de tales objetivos; gestionar la frustración (inteligencia emocional); y evitar la ansiedad y el estrés durante el proceso de consecución (terapia conductual y ejercicios de relajación y respiración).

El DUA nos recomienda el uso de guías, mentores o apoyos para dicho propósito. Otra herramienta sugerida es la rúbrica (*analógica* o digital). Su importancia radica en que el alumnado tendrá siempre presente, desde incluso antes del inicio de la actividad, qué se espera de él y cuáles son los niveles de consecución que debe alcanzar en cada momento. La rúbrica va a permitirnos, además, una evaluación formativa, proporcionándonos las evidencias necesarias para mantener o modificar nuestra planificación sobre la marcha.

b) *Proporcionar opciones para mantener el esfuerzo y la persistencia*. La adquisición de habilidades y estrategias exige una atención y un esfuerzo continuado difíciles de mantener por el alumnado TDAH. Durante las actividades prolongadas, que requieren un mayor tiempo y dedicación, corremos el riesgo de que los alumnos pierdan el interés y la atención, pudiéndose olvidar por el camino cuál era el objetivo de las mismas.

Desde el DUA se propone fraccionar las metas a largo plazo en objetivos a corto plazo, lo que nos va a proporcionar un feedback más inmediato. Para este propósito podemos recurrir al modelo propuesto por la profesora de ciencias de la computación Jeannete Wing (2006) y que se caracteriza por la descomposición del problema en diferentes estadios o pasos, como si fuera un algoritmo computacional. Esto va a permitirnos



marcar objetivos a corto plazo, facilitando una evaluación (y una retroalimentación) más inmediata que actuará como refuerzo positivo (motivación) en la consecución de la tarea. *Menos es más.*

c) Proporcionar opciones para captar el interés. Conocer a nuestro alumnado es vital para saber cuáles son sus inquietudes, gustos, aficiones, etc. De ese modo podremos activar la curiosidad y hacer de la actividad educativa una experiencia placentera y significativa.

Desde el DUA se nos sugiere que sea el propio alumnado el que participe en el establecimiento de objetivos académicos y de desarrollo personal, dado que va a aumentar el grado de vinculación e implicación en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Más importante aún, dicha implicación va a favorecer su autoestima al sentirse no como un elemento pasivo, sino como protagonista. Como hemos visto, parte del alumnado con TDAH adolece de baja autoestima y un alto grado de frustración al enfrentarse a las tareas encomendadas. Desde este prisma, asumiendo su responsabilidad como coadjutor en el diseño de las programaciones y unidades didácticas, se puede modificar la imagen que hasta el momento ha tenido de sí mismo y que, como últimas consecuencias, deviene en fracaso y abandono escolar.

Del mismo modo, hemos de minimizar la sensación de inseguridad y las distracciones, favoreciendo un clima de apoyo y aceptación en el aula, reduciendo los niveles de incertidumbre mediante rutinas de clase y el uso de recordatorios, calendarios o programas. La idea es que el alumnado sepa en cada momento en qué lugar se encuentra y cuál es el paso siguiente. Con el alumnado con TDAH debemos controlar el exceso de estimulación visual para minimizar las distracciones. En ocasiones los recursos visuales en exceso pueden saturar y perturbar la atención y la motivación.

Para finalizar, complementaria a la aplicación del DUA, no podemos olvidar la acción tutorial. Puesto que el aprendizaje no sucede como algo aislado o estanco a los sentimientos de los alumnos, en la escuela primaria las emociones son muy importantes porque van a matizar nuestras vivencias y recuerdos mediante la plasticidad sináptica aludida en párrafos anteriores. Es decir, que nuestros procesos emocionales nos pueden ayudar a recordar u olvidar un dato o un acontecimiento, actuando como un resorte o disparador. La labor del tutor, además de ser el puente entre su grupo-clase y la comunidad educativa, será la de dinamizar y mediar en las actividades. Su actitud debe ser abierta, flexible y empática, creando un clima de seguridad, confianza y desinhibición fundamentales para el alumnado TDAH en particular.

CONCLUSIÓN

A pesar de no estar integrado aún plena y efectivamente en nuestro sistema educativo (tan solo prescriptivamente en la legislación vigente) y ser un modelo de nueva creación, y por consiguiente en constante revisión, no cabe duda de que el DUA nos propone un nuevo espacio para la reflexión y la implementación de propuestas que permitan al alumnado participar plenamente en su propio proceso de aprendizaje. Aplicado a un alumnado con TDAH, la asunción de este rol activo, junto a modelos que favorezcan la inteligencia emocional y la reestructuración de los contenidos y materiales en función de las necesidades personales, va a ser de gran ayuda a los docentes a la hora de adaptar la *lógica de la heterogeneidad* en sus aulas. O en otras palabras, personalizar la educación.



BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Alba Pastor, M. (Coord.) (2016)

Diseño Universal para el Aprendizaje: Educación para todos y prácticas de enseñanza inclusivas. Morata.

Bisquera, R. (Coord.) (2011)

Educación emocional. Propuestas para educadores y familias. Desclée De Brouwer.

De Salazar Arboleas, Alma Mtz. (2021)

Atención a personas con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Protocolo de actuación y aspectos clave. Junta de Andalucía.

Villar Orjales, I. (2009)

Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. CEPE.

Mestre Navas, J.M & Palmero Cantero, F. (Coordinadores) (2010).

Procesos psicológicos básicos. McGraw-Hill

Turecky, S. (2002)

El niño difícil: como comprender y tratar a los niños difíciles de educar. Medici.

Zapata Ros, M. (2022)

El pensamiento computacional, la competencia clave en una nueva alfabetización. Independently published.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Revisión bibliográfica sobre el impacto del acoso escolar “bullying” y ciberacoso “ciberacoso”.

Autor/es: Ever Daniel Cáceres Rolín & Valentín Martínez-Otero Pérez

Centro de Trabajo: Facultad de Educación-Centro de Formación del Profesorado de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Mail de todos los autores: everc202@gmail.com

valenmop@edu.ucm.es

Resumen:

Esta investigación, se refiere a un estudio bibliográfico sobre el impacto del acoso escolar y ciberacoso en el ámbito educativo como una problemática actual y de alta relevancia que no se puede soslayar en los centros escolares; constituye, un desafío para el profesorado, directivo, comunidad educativa y autoridades que administran la educación. Se debe involucrar a todos los responsables de la educación con inteligencia y asertividad para erradicar o minimizar los efectos de acoso escolar y ciberacoso en el alumnado partiendo de la vivencia de valores y el respeto a la dignidad humana. El objetivo fue determinar la implicancia del acoso escolar “bullying” y ciberacoso “ciberbullying” desde una perspectiva bibliográfica. La metodología utilizada corresponde al enfoque cualitativo de alcance bibliográfico; primeramente, se realizó una búsqueda teniendo en cuenta las siguientes categorías: concepto de acoso escolar y ciberacoso, características, tipos, perfiles de los intervinientes y estrategias de intervención. La búsqueda bibliográfica se realizó mediante los siguientes criterios de inclusión: conceptos centrados en acoso escolar “bullying”, “ciberbullying; búsqueda en artículos científicos de la biblioteca UCM, buscador Cisne, Dialnet, Google académico; libros físicos obtenidos de la biblioteca UCM y documentos publicados por entidades como la UNESCO, Unicef y otras publicaciones fiables y objetivas. Los criterios de exclusión fueron, no incluir publicaciones sobre acoso que no respondan al ámbito educativo y las dimensiones establecidas; informaciones sin rigurosidad científica fueron excluidos, como sin nombres y sin fecha de publicación o de origen dudoso. Los principales resultados indican que el acoso escolar, es un fenómeno complejo social, familiar y personal; preocupante y multicausal, que se puede definir como una persecución física, psicológica y de exclusión social, de violencia prolongada y periódica que altera la estabilidad emocional psíquica de la víctima, llevada a cabo por un alumno o varios alumnos contra otro un compañero que no puede defenderse por sí mismo. El ciberbullying, constituye una problemática que se puede considerar aún más grave, por la complejidad del tipo de maltrato, donde se realiza en forma online y el agresor se oculta detrás de internet que aumenta la angustia de la víctima y traspasa la privacidad del hogar y el ataque se da a través de las redes sociales o cualquier otro medio tecnológico. En cuanto a la estrategia de intervención, se pudo identificar el programa KiVa, que tiene como filosofía la aplicación de diversas actividades, pero, se destaca el preventivo y la intervención de manera integral cuando se presenta un acoso escolar en la institución.

Palabras clave: acoso escolar, bullying, ciberbullying, violencia escolar, intervención.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Revisión bibliográfica sobre el impacto del acoso escolar “bullying” y ciberacoso “ciberbullying”

Ever Daniel Cáceres Rolín everc202@Gmail.com Valentín Martínez-Otero Pérez valenmop@edu.ucm.es

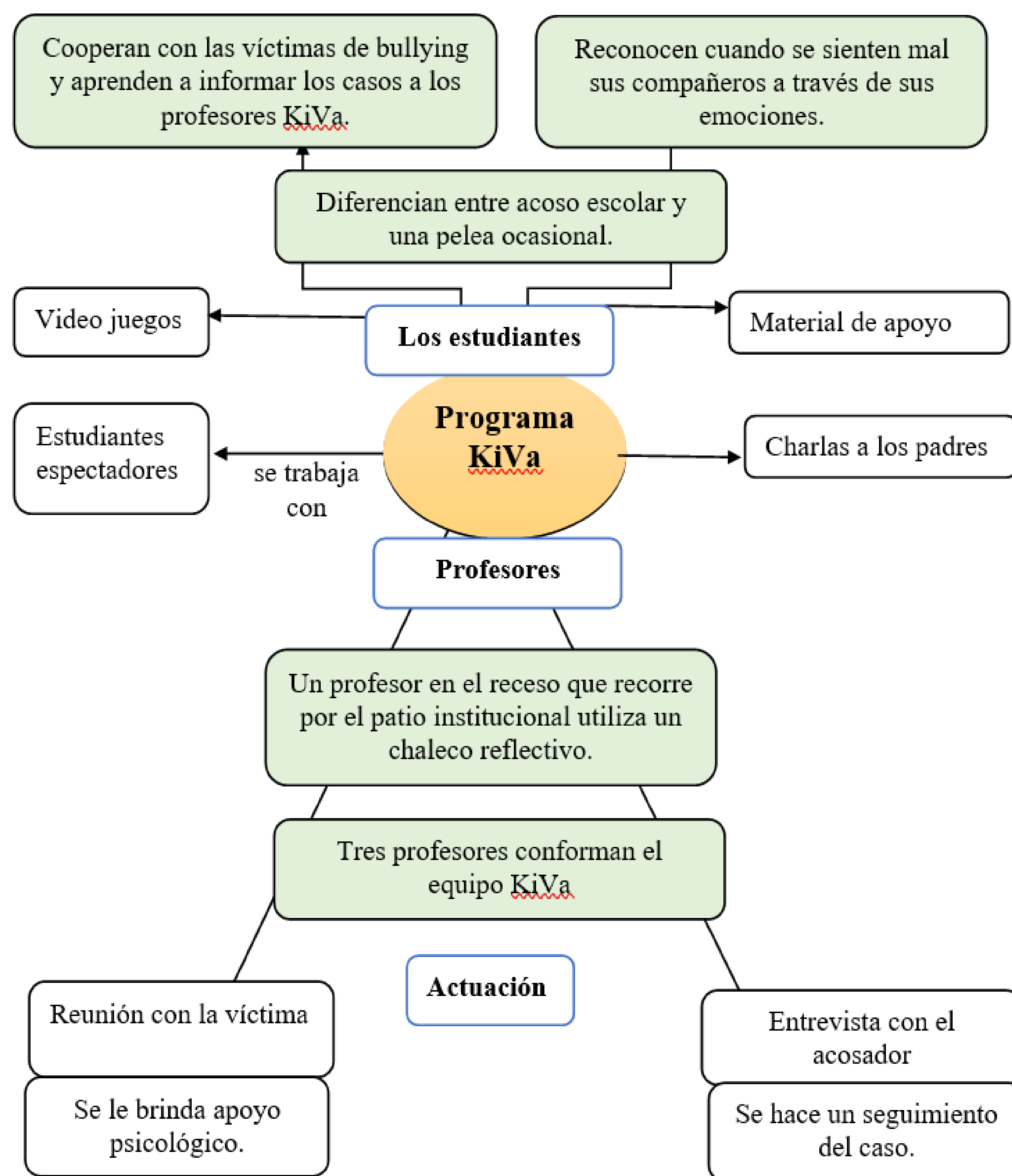
OBJETIVOS/ OBJETIVES

Analizar y determinar el impacto del acoso escolar o “bullying”, así como del ciberacoso, o “ciberbullying” desde una perspectiva bibliográfica.

REVISIÓN/ REVIEW

Esta investigación, se refiere a un estudio bibliográfico sobre el impacto del acoso escolar y ciberacoso en el ámbito escolar como una problemática actual y de alta relevancia que no se puede soslayar en los centros escolares; constituye, un desafío para el profesorado, la dirección, la comunidad educativa y las autoridades responsables de la administración educativa. Se debe involucrar a todos los responsables de la educación con inteligencia y asertividad para erradicar o minimizar los efectos de bullying y ciberbullying en el alumnado partiendo de la vivencia de valores y el respeto a la dignidad humana. El acoso escolar se define “como una persecución física o psicológica intencionada y continua que recibe un alumno por parte de otro u otros” (Martínez-Otero, 2017, p. 278). La Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar ([A.E.P.A.E], 2024), define el acoso escolar como maltrato psicológico, verbal o físico que acontece entre escolares de forma reiterada, dentro del aula o por medio de las redes sociales. La intervención en casos de acoso escolar implica cuatro estamentos: el agresor, que tiende a dañar desde una posición de control y superioridad; la víctima, que no puede defenderse por sí misma; los observadores, que pueden actuar como cómplices o colaboradores; y el profesorado, cuya intervención es de vital importancia para la prevención de cualquier forma de maltrato (Blanchard y Muzas, 2007). En cuanto al ciberacoso, la última década ha visto el surgimiento de nuevas herramientas digitales que, aunque ofrecen ventajas, también presentan desventajas en el ámbito académico, especialmente debido al mal uso de las redes sociales por parte de los jóvenes. Es fundamental “la implementación de estrategias para su prevención, identificación, control y eliminación, entendiendo que el acoso escolar un fenómeno complejo y social, que requiere de la participación de un equipo multidisciplinario” (Páez Esteban et al., 2020, p. 12).

Figura. Método anti bullying KiVa



Nota: Elaboración propia, a partir de las informaciones obtenidas (Hernández de Frutos & O'Reilly, 2015, p. 464-465).

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

El acoso escolar, o “bullying”, es un fenómeno complejo que abarca dimensiones sociales, familiares y personales. Es una problemática preocupante y multicausal, que implica la persecución verbal, física y psicológica, así como la exclusión social; genera violencia prolongada que afecta la estabilidad emocional y psíquica de la víctima. Este acoso es perpetrado por uno o varios alumnos contra un compañero que no puede defenderse. El ciberacoso representa una problemática muy grave debido a la complejidad del maltrato en línea. En este caso, el agresor se oculta detrás de la pantalla, lo que intensifica la angustia de la víctima y traspasa la privacidad del hogar. En cuanto a las estrategias de intervención, se ha identificado como significativa el programa KiVa, que implementa diversas actividades. Este programa destaca por su enfoque preventivo y por la intervención integral cuando se presenta

REFERENCIAS/ REFERENCES

Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar. (2024). Acoso escolar. <https://aepae.es/acoso-escolar>

Blanchard, M., y Muzas, E. (2007). Orientación y tutoría. Acoso Escolar. Desarrollo Prevención herramientas de trabajo. NARCEA, S.A. Ediciones.

Hernández de Frutos, T., & O'Reilly, M. B. (2015). Investigación sobre la delincuencia y el bullying escolar en España: Teoría, evolución y tendencias. Tirant Humanidades.

Martínez-Otero, V. (2017). Acoso y ciberacoso en una muestra de alumnos de educación secundaria. *Revista de Curriculum y Formación de Profesorado*, 21(3). 277-298

Páez Esteban, A. N., Ramírez Cruz, M. A., Campos De Aldana, M. S., Duarte Bueno, L. M., & Urrea Vega, E. A. (2020). Prevalencia y factores asociados con el acoso escolar en adolescentes. *Revista Cuidarte*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1000>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Revisión bibliográfica sobre el impacto del acoso escolar “bullying” y ciberacoso “ciberacoso”.

Autor/es: Ever Daniel Cáceres Rolín & Valentín Martínez-Otero Pérez

Centro de Trabajo: Facultad de Educación-Centro de Formación del Profesorado de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Mail de todos los autores: everc202@gmail.com

valenmop@edu.ucm.es

Resumen:

Esta investigación es un estudio bibliográfico sobre el impacto del acoso escolar y el "ciberbullying", abordados como problemáticas actuales de alta relevancia que no pueden ser ignoradas en los centros escolares. Estas situaciones representan un desafío para el profesorado, el equipo directivo, la comunidad educativa y las autoridades responsables de la administración educativa. Es fundamental que todos los responsables de la educación se involucren de forma inteligente y asertiva para erradicar o minimizar los efectos del "bullying" y el "ciberbullying" en el alumnado, al tiempo que se promueven los valores y el respeto a la dignidad humana. El objetivo de esta investigación fue analizar el impacto del acoso escolar y del "ciberbullying" mediante una revisión bibliográfica. La metodología adoptada sigue un enfoque cualitativo de alcance bibliográfico. En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica teniendo en cuenta las siguientes categorías: concepto de "bullying" y "ciberbullying", características, tipos, perfiles de los intervinientes y estrategias de intervención. La búsqueda se llevó a cabo mediante los siguientes criterios de inclusión: conceptos centrados en acoso escolar, "bullying" y "ciberbullying"; artículos científicos de la biblioteca de la UCM, el buscador Cisne, acreditados libros impresos y documentos publicados por entidades como UNESCO, UNICEF y otras fuentes fiables y científicas. Se excluyeron publicaciones que no correspondieran al ámbito educativo o que carecieran de rigor científico, como aquellas sin autor, sin fecha de publicación o de procedencia dudosa. Los principales resultados indican que el acoso escolar es un fenómeno complejo, con implicaciones sociales, familiares y personales, caracterizado por su naturaleza multicausal. Puede definirse como una persecución física, psicológica y social, sostenida y repetitiva, que afecta la estabilidad emocional y psicológica de la víctima, llevada a cabo por uno o varios alumnos hacia otro compañero que no puede defenderse por sí mismo. El "ciberbullying" se considera una problemática aún más grave, debido a la naturaleza del maltrato, realizado en línea y con el agresor oculto tras el anonimato que permite internet. Esto amplifica la angustia de la víctima y traspasa la privacidad del hogar mediante redes sociales u otros medios tecnológicos. En cuanto a las estrategias de intervención, se identificó el programa KiVa, cuyo enfoque se basa en la aplicación de diversas actividades, y en el que destaca su orientación preventiva y la intervención integral cuando se presenta un caso de acoso escolar en la institución.

Palabras clave: acoso escolar, bullying, ciberbullying, violencia escolar, intervención.



Introducción

Esta investigación bibliográfica aborda los efectos del acoso escolar y el ciberacoso en el ámbito educativo, problemáticas actuales de gran relevancia que no pueden ser ignoradas en los centros escolares. Ambos fenómenos representan un desafío para el profesorado, la dirección académica, la comunidad educativa y las autoridades responsables de la administración educativa. Es fundamental que todos los responsables de la educación se involucren de manera inteligente y asertiva para erradicar o minimizar los efectos del "bullying" y el "ciberbullying" en el alumnado, fomentando la vivencia de valores y el respeto a la dignidad humana. El "bullying" se define como “una persecución física o psicológica intencionada y continua que recibe un alumno por parte de otro u otros” (Martínez-Otero, 2017, p. 278).

La Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar (A.E.P.A.E., 2024) describe el acoso escolar como un maltrato psicológico, verbal o físico que ocurre entre estudiantes de forma reiterada, ya sea dentro del aula o a través de redes sociales. La intervención en casos de "bullying" involucra a cuatro grupos clave: el agresor, que actúa desde una posición de control y superioridad; la víctima, que no puede defenderse por sí misma; los observadores, que pueden colaborar o no con el maltrato; y el profesorado, cuya intervención es vital para prevenir cualquier forma de abuso (Blanchard y Muzas, 2007). En cuanto al ciberacoso, la última década ha traído consigo el auge de nuevas herramientas digitales que, si bien ofrecen ventajas, también plantean riesgos en el ámbito educativo, especialmente debido al uso inadecuado de las redes sociales entre los jóvenes. Es fundamental “la implementación de estrategias para su prevención, identificación, control y eliminación, entendiendo que el acoso escolar es un fenómeno complejo y social que requiere la participación de un equipo multidisciplinario” (Páez Esteban et al., 2020, p. 12).

Acoso escolar “bullying”

El origen del término “bullying” deriva del inglés "bull" que significa toro, por lo que se puede definir como la “actitud de actuar como un toro en el sentido de pasar por sobre otro u otros sin contemplaciones” (Lugones Botell & Ramírez Bermúdez, 2017, p. 2). Es importante entender que, en España, el acoso escolar se define como maltrato, acoso o exclusión social entre escolares. En Europa, el análisis y estudio de este término comenzó en la década de los 70 del siglo pasado; un maltrato puede considerarse “bullying” cuando se cumplen tres características en un contexto escolar específico: repetición en el tiempo, desequilibrio de poder y la intención de agredir a la víctima. La convergencia de estas situaciones permite afirmar que estamos frente a un caso de “bullying” o acoso escolar (Calmaestra et al., 2016).

El acoso escolar acontece en un contexto educativo o fuera de él, donde están involucrados estudiantes que actúan desde distintas posiciones: el agresor, que es quien realiza el maltrato; el acosado, que sería la víctima, incapaz de defenderse por sí misma; y los observadores, que en ocasiones actúan como cómplices.

En cuanto a la definición de “bullying”, se puede entender “como una persecución física o psicológica intencionada y continua que recibe un alumno por parte de otro u otros” (Martínez-Otero, 2017, p. 278). El daño psicológico, físico y la exclusión social que se da de forma periódica y prolongada alteran la estabilidad emocional y psíquica del estudiante, lo que repercute directamente en su rendimiento académico, hasta el punto de relegar sus deberes como educando a un segundo plano; además, la problemática afecta a la familia y, por ende, a la comunidad educativa.

La Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar (A.E.P.A.E, 2024) define el acoso escolar en su página web como una forma de maltrato psicológico, verbal o físico que se da entre escolares de forma reiterada, dentro del aula o por medio de las redes sociales. El avance de la tecnología ha facilitado considerablemente el acceso a la información de manera rápida y casi instantánea; hoy en día, las personas pueden informarse sobre lo que ocurre en el mundo en tiempo real, hacer negocios, estudiar en línea o realizar compras. La sociedad actual se caracteriza por el avance sin precedentes de la ciencia y la tecnología. Sin embargo, esta realidad virtual también tiene sus desventajas, ya que, en muchas ocasiones, el mal uso de las herramientas tecnológicas, especialmente por parte de los jóvenes, como el uso excesivo de las redes sociales influye de manera negativa en su desarrollo y crecimiento saludable e integral.



Ciberacoso o “ciberbullying”

Una de las problemáticas que tienen las instituciones educativas es el ciberacoso o “ciberbullying”, que se define como el “fenómeno de acoso escolar que ha traspasado las relaciones sociales cara a cara para trasladarse a internet y a las redes sociales, bien como herramienta de refuerzo del acoso ocurrido en las aulas o realizado de forma anónima” (A.E.P.A.E, 2024, párr. 1). Por lo tanto, los padres, el equipo directivo y el profesorado deben atender esta realidad que ocurre con frecuencia y que, en muchos casos, no se detecta fácilmente, ya que la víctima generalmente no quiere hablar debido a amenazas o miedo a represalias. En ese momento, debe estar presente la capacidad y pericia del profesorado para identificar el sufrimiento del estudiante e iniciar la ayuda, con la implicación sobre todo de la familia, del equipo directivo, y siguiendo la normativa institucional vigente y las leyes contra el acoso escolar en tiempo y forma.

Por otra parte, se puede afirmar que el acoso escolar, en gran medida, es producto de una sociedad en retroceso en cuanto a valores como el respeto, la empatía, la responsabilidad y el compañerismo, entre otros. Estos problemas surgen especialmente en el seno familiar, donde muchos niños presencian distintos tipos de violencia. Como resultado, el “acoso escolar es el reflejo de una serie de prácticas violentas con las que los alumnos conviven en la vida cotidiana en sus diferentes espacios de interacción social” (Calderón Guerrero, 2020). En la misma línea, otros investigadores han destacado que la violencia escolar constituye un grave problema social que en los últimos años ha aumentado considerablemente y que conlleva consecuencias en el ámbito escolar y repercute en el sector social (Stuart y José, 2014; citado en García-Fernández et al., 2015).

En concordancia con lo mencionado en los párrafos anteriores, dado que el acoso escolar está vinculado directamente con problemáticas sociales y representa un desafío complejo para el profesorado, se puede afirmar que tratar de entender la implicancia del concepto de acoso escolar o “bullying” no es tarea fácil. Sin embargo, es importante realizar un análisis minucioso de cada concepto encontrado en la literatura para poder definirlo con la mayor claridad posible. En ese sentido, “el acoso escolar es un fenómeno social, complejo y multifactorial, que hace referencia a la exposición a diferentes formas de maltrato de forma repetitiva, sistemática e intencionada” (Páez Esteban et al., 2020), y que se desarrolla dentro de un ambiente escolar.

La práctica de valores como el respeto, el compañerismo y la responsabilidad en adolescentes y jóvenes debe surgir en la propia familia, y las instituciones escolares deben ampliar y conectar estos valores mediante el ejemplo de profesores, directivos y la comunidad educativa, promoviendo la sensibilidad hacia los demás miembros del contexto escolar y social.

Por otra parte, los jóvenes necesitan ser escuchados por los adultos, con menos comunicación virtual a través de las redes sociales y más comunicación directa, “cara a cara”, a través de un diálogo sincero, comprensivo, humanista y real, para fortalecer de manera significativa la convivencia entre adolescentes y los demás miembros de la comunidad educativa, y así disminuir el acoso escolar y el “ciberbullying”.

En la última década, el avance de la tecnología ha sido vertiginoso, dando lugar a nuevas herramientas digitales que presentan tanto ventajas como desventajas en el ámbito académico, especialmente en el uso de redes sociales. Los jóvenes, en muchos casos, las emplean de forma excesiva, lo que termina afectando sus relaciones interpersonales. Este uso excesivo facilita, en ocasiones, el ciberacoso, una forma de agresión repetida que se manifiesta a través de medios digitales; hay distintas modalidades: acoso relacional o basado en imágenes, reacciones de enfrentamiento, comportamiento pasivo, búsqueda de apoyo social y represalias (Schultze-Krumbholz et al., 2022). El término ciberacoso recibe varias acepciones, como “ciberacoso, acoso digital, acoso electrónico, acoso en línea, cibermatoneo, matonaje online, etc. En lengua inglesa se usan las palabras cyberbullying, e-bullying y online bullying” (Lorenzo & Becoña, 2022, p. 26). El ciberacoso tiende a ser más inquietante que el “bullying”, ya que el acosador se oculta detrás de internet mediante alguna herramienta digital.

Tipos de acoso escolar

En relación con los tipos de acoso escolar o “bullying”, se toma como base teórica lo mencionado por Garaigordobil (2013), citado por Martínez-Otero (2017), que complementa y es coherente en gran medida con



los mencionados por Hernández de Frutos & O'Reilly, (2015). Estos autores afirman que las categorías de acoso escolar son: maltrato físico, verbal, relacional y mixto (físico y verbal). Indican que no es una tarea fácil delimitar la clasificación del acoso escolar; tras un análisis minucioso, se presenta a continuación la tabla de clasificación.

Tabla 1

Tipos de acoso escolar

Tipos	Características
Acoso o maltrato físico	Su propósito es el daño a la integridad física de la víctima. Se puede dar de dos formas: Directa: implica pegar, empujar, golpear, morder, arrastrar del cabello, pinchar con el bolígrafo o con cualquier objeto puntiagudo... Amenazar con objetos e incluso armas. Indirecta: el agresor tiende a vengarse de la víctima robando o rompiendo y escondiendo sus cosas.
Acoso o maltrato verbal	Se produce cuando el agresor insulta. Directa se da por medio de motes, amenazas, humillación, hostigamiento, insultando... Indirecta (hablar mal de alguien, difamar, calumniar...).
Acoso social o maltrato relacional	Encaminado a la exclusión y aislamiento social de la víctima. Directa: Cuando no se deja participar a la víctima en un grupo de trabajo o actividades. Indirecta: Cuando se ignora a la víctima; comportarse como si no existiera... Difundir estereotipos de alguien.
Acoso psicológico	La finalidad de este tipo de maltrato es debilitar anímicamente a la persona. La persecución constante y repetitiva por parte del agresor repercute en la autoestima de la víctima, quien no puede defenderse de forma autónoma y necesita la ayuda de alguien. Esto produce inseguridad, temor y afecta directamente el rendimiento escolar, creando inestabilidad emocional y, en casos más graves, riesgo de suicidio.

Nota: Elaboración propia a partir de: (Martínez-Otero, 2017, p. 280) y (Hernández de Frutos y O'Reilly, 2015, p. 391), estos últimos investigadores sostienen que existe una categoría más que es el mixto (amenaza, intimidación, chantaje, acoso sexual...)

Objetivo

El objetivo de esta investigación es analizar y determinar el impacto del acoso escolar o “bullying”, así como del ciberacoso, o “ciberbullying”, desde una perspectiva bibliográfica. Para ello, se emplearon diversas fuentes fiables y objetivas que permitieron un enfoque integral sobre estas problemáticas.

Método

La metodología empleada en esta investigación se enmarca dentro de un enfoque cualitativo de carácter sistemático-bibliográfico. Según Sandín (2003), citado en Bisquerra (2016), la investigación cualitativa es una actividad sistemática que busca una comprensión profunda de fenómenos educativos y sociales, enfatizando el contexto socioeducativo para el descubrimiento, desarrollo y toma de decisiones respecto al conocimiento investigado. Asimismo, Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (2018) señalan que este tipo de investigación se centra en “comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto” (p. 390). Para llevar a cabo este análisis, se realizó una búsqueda bibliográfica considerando las siguientes categorías: conceptos de bullying y ciberbullying, características, tipos, perfiles de los intervinientes y estrategias de intervención. Los criterios de inclusión abarcaron conceptos relacionados con el acoso escolar, bullying y ciberbullying, y se consultaron artículos científicos localizados en la biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), a través del buscador Cisne, libros, así como documentos publicados por entidades reconocidas como UNESCO, UNICEF y otras fuentes fiables y objetivas. Por otro lado, se establecieron criterios de exclusión para asegurar la relevancia y rigor de los materiales seleccionados. Se descartaron publicaciones sobre acoso que no se



relacionaran con el ámbito educativo o las dimensiones previamente establecidas, así como informaciones que carecieran de adecuación científica, como aquellas que no presentaban nombres de autores, fechas de publicación o que procedían de fuentes dudosas.

La tabla N°2 incluye un listado de las publicaciones utilizadas y analizadas; es importante aclarar que no se trata de la única selección de documentos realizada, sino que la tabla sirve como referencia representativa de la búsqueda bibliográfica efectuada en concordancia con el objetivo de la investigación.

Tabla 2

Búsqueda de publicaciones científicas.

Bases de datos	Búsqueda inicial	Seleccionados	Utilizados	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Buscador Cisne de la Biblioteca UCM	1700 artículos	5 artículos	5 artículos	Se utilizó el descriptor: “acoso escolar”. Luego, se delimitó a: artículos, texto completo, educación y psicología, evaluado por especialistas, idioma español, años 2022-2024.	Los artículos fueron excluidos por: -No responder a los objetivos de la investigación.
Biblioteca física UCM	15 libros físicos	8 libros	7 libros	Libros físicos de la biblioteca de la UCM, fueron seleccionados por responder a los objetivos de la investigación.	De los 15 libros encontrados, 8 no se analizaron, por no responder a los objetivos de la investigación.
Dialnet	1269 artículos de revista	15 artículos	10 artículos leídos y 3 artículos utilizados.	Delimitando con descriptor “acoso escolar”; artículos de revista; año de publicación 2024.	No se utilizaron artículos que no se ajustaban al objetivo de la investigación.
Google académico	192 artículos	12 artículos	2 artículos utilizados.	Se utilizó el descriptor “acoso escolar”; publicado en el año 2024 en el orden de relevancia.	No se utilizaron artículos que no respondían al objetivo de la investigación.
Página web de la Unicef	En línea de la Unicef se pudo identificar.	Características de un acosador.	Se utilizó información relevante.	Se realizó búsqueda de información actual sobre acoso escolar.	No se utilizaron informaciones, que no respondían al objetivo de la investigación.
Revista de Currículum y formación del profesorado	Varias publicaciones	1 artículo publicado	1 artículo leído y analizado	Artículo relacionado por relevancia sobre acoso escolar y ciberacoso.	Se excluyeron documentos que no respondían al objetivo de la investigación.
Página web de la UNESCO	Publicado en el año 2023 en línea.	Porcentaje de acoso en el mundo.	Se utilizó como información	La búsqueda de información actual con la palabra clave “acoso	No se incluyó temática que no respondiese al



relevante.

escolar”.

objetivo.

Nota: Elaboración propia

Resultados y discusión

Los principales resultados indican que el acoso escolar es un fenómeno social, familiar y personal; es preocupante y multicausal, que se puede definir como una persecución física, psicológica, emocional y de exclusión social, con violencia prolongada y periódica que altera la estabilidad emocional y psíquica de la víctima, llevada a cabo por un alumno o varios alumnos contra un compañero que no puede defenderse por sí mismo, por varias razones, entre las que se pueden mencionar el miedo, la baja autoestima, la amenaza y la extorsión constante. Por otra parte, el ciberacoso constituye una problemática que se puede considerar aún más grave, por la complejidad del tipo de maltrato, por realizarse en línea que permite al agresor ocultarse detrás de internet, lo que aumenta la angustia de la víctima, traspasa la privacidad del hogar y el ataque se da a través de las redes sociales o cualquier otro medio tecnológico a cualquier hora.

Haciendo un análisis complejo y profundo de la problemática del acoso escolar y ciberacoso, es importante comprender que ambos constituyen problemáticas sociales que van más allá del ámbito escolar; como se podrá visualizar en la tabla 3 de “resultados y análisis”. Por lo tanto, la conciencia y sensibilización contra el acoso escolar y virtual debe abarcar toda la población educativa y extrapolarse a la sociedad. Se debe entender que todo tipo de maltrato escolar se debe erradicar o minimizar al máximo, así como sus consecuencias en la víctima u “oprimido”; debe surgir para acabar con él una “revolución” sensibilizadora. Se toma como referencia lo mencionado por el educador pedagogo brasileño Paulo Freire (2003) en su obra *La Pedagogía del Oprimido*, cuando trata el método de la educación liberadora, que sostiene que la liberación del oprimido se logrará cuando la víctima aprenda a defenderse con la praxis de la liberación o la acción reflexiva de los oprimidos sobre la estructura de los opresores. Y, aquí se debe enfatizar que un caso de acoso escolar es responsabilidad de toda la comunidad educativa.

Tabla 3

Resultados y análisis

Fuente/biblioteca /base de datos/libros	Resultados y análisis más relevantes
Biblioteca virtual UCM. Buscador Cisne. Artículos seleccionados según criterios de inclusión. y Evaluados por pares.	<p>Artículo 1. Una investigación sistemática con más de 48 artículos, con los que, Costa (2023) sostiene que la participación de los alumnos en el acoso escolar está relacionada con el complejo desarrollo del estudiante y la influencia directa de la familia, como factor protector, de riesgo y victimización de los involucrados en el acoso escolar. (Hernández et al., 2023)</p> <p>Artículo 2. Investigación hecha con 1212 estudiantes de 10 escuelas secundarias públicas del Estado de Sonora, México. Al respecto, Hernández et al. (2024) mencionan que el acoso escolar es una forma de extrema violencia que se da entre alumnos en un contexto de socialización natural que se presenta entre pares en el ámbito escolar; los autores confirman que la conducta prosocial y la empatía tienen una conexión e incidencia mayor con el defensor de la víctima; en contrapartida, la desconexión moral del alumnado, tiende a asumir el rol de reforzador de la agresión en caso de una violencia escolar.</p> <p>Artículo 3. Investigación que enfatiza la autoimagen y acoso escolar... Al respecto, Ruiz Lázaro et al., (2022) afirman que la baja autoestima es un rasgo psicológico de alta vulnerabilidad, y repercute en la conducta alimentaria de la víctima. En cuanto a la intervención, se debe promover desde la salud y la educación con intervenciones presenciales que promuevan una imagen corporal positiva de la víctima.</p> <p>Artículo 4. Trata de la experiencia social de ciberacoso sexual en jóvenes... Mojica-Bautista (2023) menciona la cantidad de perfiles que utilizan los jóvenes; de un total de</p>



Fuente/biblioteca
/base de
datos/libros

Resultados y análisis más relevantes

44 adolescentes, 7 afirman tener dos perfiles, y el restante de 37 jóvenes reportaron tener 3 o más perfiles según la red social. Se pudo evidenciar tensión con las familias cuando quieren controlar el uso de las redes sociales.

Con respecto al riesgo del ciberacoso, especialmente en su forma cibersexual, existen riesgos, como “el sexting y sus comportamientos asociados (como compartir imágenes íntimas sin consentimiento), su impacto en la persona es devastador para su autoestima, reputación y salud mental, aumentando el riesgo de verse involucrado en situaciones de ciberacoso sexual” (Mojica-Bautista, 2023, p. 18).

Biblioteca física
de la UCM

Libro 1. Lleva como título “Bullying y Cyberbullying”. Al respecto, Lorenzo y Becoña (2022) sostienen que el ciberacoso, es un fenómeno complejo que tuvo un crecimiento exponencial con la utilización inadecuada de los móviles, Internet y las redes sociales. Es importante aclarar que el avance y uso consciente y moderado de las herramientas tecnológicas tiene sus aspectos positivos en la vida del ser humano. Pero, en contrapartida, el riesgo es latente, más aún cuando los adolescentes no miden las posibles consecuencias en la vida personal, familiar y social, una vez publicada en la web cualquier comentario, imagen o video.

En ese sentido, los autores hablan de los peligros de la red para niños y adolescentes, que se detalla a continuación:

a- Sexting, o difusión de contenido de índole sexual por medio de los celulares o en la red sin el consentimiento de la víctima, aún con el consentimiento, la ley prohíbe todo tipo de difusión de menores.

b- Grooming: intervención de los adultos para ganarse la confianza de menores con el propósito de lograr imágenes sexuales y una vez obtenidas inicia el proceso de chantaje y extorsión; una estrategia que utiliza el adulto es hacerse pasar por otro menor con un perfil similar en edad.

c- Phishing: se refiere a la utilización de perfil falso de otra persona, el riesgo es aún mayor. Principalmente, se da a través de las redes sociales.

Libro 2. Tiene como título Acoso escolar... Blanchard y Muzás (2007) mencionan con relación al agresor, que logra utilizar su fuerza ante la víctima que se bloquea y no se defiende por miedo e influye en los observadores que en ocasiones se tornan cómplices y se soslayan las relaciones positivas en el ambiente escolar y lo peor es que se normaliza el comportamiento agresivo.

Libro 3. Titulado Acoso Escolar...López Hernáez y Sabater Fernández (2018) afirman en la misma línea de los investigadores anteriores sobre el acosador, que es el artífice y causante principal pero no único del acoso; arremete, domina y maneja a otros miembros del grupo; las agresiones adquiridas derivan de las familias, de programas televisivos con altos contenidos de violencia; hoy en día, además, de videojuegos, de internet etc.

Libro 4. Se titula Investigación sobre la delincuencia y el “Bullying” ..., al respecto Hernández de Frutos & O’Reilly (2015) presentan tres modelos de intervención, el KiVa que enfatiza el trabajo integral, fortaleciendo con mayor énfasis la sensibilidad de los observadores con el objetivo de evitar el acoso en grupo contra la víctima y que el acosador se sienta solo y no haya un efecto dominó en contra de la víctima. El modelo “Sheffield”: se trata de un método obligatorio para todos los estamentos de la comunidad educativa que surgió en Inglaterra; se caracteriza en que todos deben involucrarse; se desarrolla en cuatro etapas: a). identificación de la necesidad de una política de intervención y prevención; b). desarrollo de la política anti acoso escolar;



Fuente/biblioteca /base de datos/libros	Resultados y análisis más relevantes
	<p>c). implementación de la planificación; c). evaluación. Y el método disuasorio: consiste básicamente en que un adulto le dice al acosador de manera bastante firme y autoritaria que su conducta debe cesar; incluye niños hasta 9 años; este modelo es criticado por Olweus, citado por Hernández de Frutos & O'Reilly (2015) afirmando que “los escolares que han infringido la violencia no se sienten culpables ni comparten empatía por sus actos, sino satisfechos...” (p. 466).</p>
Dialnet	<p>Artículo 1. Reflexiones sobre un caso de acoso escolar... García Machado (2024) afirma “No cualquier conducta contraria a la convivencia o gravemente perjudicial supone la existencia de una situación de acoso escolar” (p. 5). Un acoso escolar debe cumplir con las siguientes características.</p> <ol style="list-style-type: none">Repetición: esta acción implica continuidad y frecuencia.Intencionalidad: el agresor realiza el daño con intención y consciente de la situación cometida.Desequilibrio de poder: existe una marcada desigualdad física, psicológica y social, la víctima no encuentra salida ni forma de defenderse, sufre aislamiento, baja autoestima etc.Personalización: el propósito del acosador suele ser una persona (García Machado, 2024). <p>Artículo 2. El artículo se titula, Conducta Prosocial, Desconexión Moral y Empatía... Hernández et al., (2024) afirma que la mayoría de los incidentes desarrollados en torno al acoso escolar es presenciado por los compañeros. Y la mayoría no se involucran para detener la violencia, esto conlleva normalización de la conducta de los involucrados conocidos como espectadores.</p> <p>Artículo 3. El papel del profesorado... al respecto afirma Puches Cabezas (2024) ha de ser la mejora del clima escolar, evidenciado a través del enorme poder de acompañamiento, refuerzo y protección que tiene el profesorado en su función diaria con el alumnado y en especial con los más vulnerables.</p>
Google académico	<p>Artículo 1. “Suicidio y acoso escolar...” al respecto Mendoza y Hernández (2024) afirman que, el acoso escolar constituye un comportamiento asociado a las adicciones, delincuencia, autolesión en las que se llega al suicidio en el peor de los casos, y es una necesidad la debida atención a la salud mental en todo el mundo; unas 700 mil personas se suicidan al año. (World Health Organization, 2022; citado en Mendoza y Hernández, 2024).</p> <p>Artículo 2. Descifrando lo invisible: Una perspectiva holística sobre el acoso escolar. Olondriz Valverde y Ramos-Pla (2024) mencionan que “El bullying es un fenómeno complejo dentro del ámbito educativo, pero que se caracteriza por ser una acción violenta siempre oculta para los adultos, aunque bien conocida por los alumnos” (p. 18).</p> <p>Artículo 3. Esta investigación es de carácter cualitativo y hermenéutico-comprensivo. En este sentido, Gutiérrez-Vega et al. (2023) señalan que las burlas, el acoso físico y los hurtos están relacionados con el contexto familiar, atribuyéndolos a la falta de límites o a la ausencia de una educación en valores que debe ser enfatizada desde el hogar.</p>
Revista Currículum y formación del	<p>Artículo científico. “Acoso y ciberacoso en una muestra de educación secundaria.”. Al respecto Martínez-Otero (2017) manifiesta “la importancia de seguir realizando intervenciones orientadas especialmente a la prevención, con objeto de eliminar las</p>



Fuente/biblioteca /base de datos/libros	Resultados y análisis más relevantes
profesorado. UCM	conductas de violencia antes de que aparezcan” (p. 277).
Página Web de Unicef	Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], s.f.) en línea, las tres características principales de un acosador son: intención de dañar, repetición de la violencia y poder que tiene sobre la víctima.
Página web de la UNESCO.	La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura ([UNESCO],2023) sostiene que la violencia escolar, está cada vez más en auge y afirma que cada mes uno de cada tres estudiantes sufre acoso escolar en todo el mundo.

Nota: Elaboración propia

Intervención en un acoso escolar

Cuando se trata de un acoso escolar o ciberacoso, los protagonistas principales son: el agresor, la víctima y los observadores. Y la intervención del profesorado o comunidad educativa es fundamental para activar el protocolo si se determina que realmente corresponde a un caso de acoso.

1- Perfil del agresor

- ✓ Deseo de hacer daño a la otra persona.
- ✓ Actitud de sobresalir ante el grupo.
- ✓ Actitud de ejercer el control y superioridad.
- ✓ Demuestra personalidad antisocial y habitual (Blanchard & Muzas, 2007).

En el marco de la tipología de agresores, se destaca el *agresivo instrumental*; el agresor demuestra comportamiento de superioridad, dominio y control del grupo, “suele ser una persona impulsiva, con carácter fuerte, poco comunicativo, antisocial y carente de empatía, provocativa y que posee actitudes agresivas (...)” (Martínez Rodríguez, 2017).

2- Perfil de la víctima

Generalmente el niño, la niña o adolescente víctima del acoso escolar muestra un perfil de baja autoestima, con mucha dificultad para expresar lo que siente y el profundo dolor psicológico y emocional. En ocasiones pueden desarrollar conductas agresivas para defenderse y también influye el ambiente en que vive; generalmente hay poca comunicación con los demás, por lo tanto, le cuesta pedir ayuda; demuestran ansiedad, inseguridad, confusión e insomnio por la presión y ansiedad que sufre (Blanchard & Muzas, 2007). En resumen, la víctima del acoso enfrenta consecuencias graves que pueden perdurar hasta la vida adulta si no se interrumpe el ciclo del acoso escolar o del ciberacoso. Estas situaciones suelen originarse por la pérdida de valores.

3- Observadores del acoso escolar

Los observadores o compañeros de un alumno que sufre acoso juegan un papel importante en la intervención para prevenir este problema. Al actuar como cómplices -ya sea al no denunciar, reírse o seguir al acosador- contribuyen a perpetuar la situación. Por ello, es fundamental sensibilizar al grupo de clase sobre la importancia de mantener una buena convivencia, tanto en el aula como en el entorno escolar y más allá. Esto les permitirá tomar decisiones acertadas e informar sobre casos de maltrato o acoso escolar. Además, la familia desempeña un papel esencial, ya que puede trabajar desde el hogar con su hijo para enfatizar la importancia de evitar cualquier tipo de conflicto. En este contexto, es vital implementar estrategias para la prevención, identificación, control y eliminación del acoso escolar, entendiendo que se trata de un fenómeno social y complejo que requiere la participación de un equipo multidisciplinario (Páez Esteban et al., 2020, p. 12).

Conclusión

En conclusión, el acoso escolar, o "bullying", constituye una problemática compleja cuyas raíces se encuentran en el ámbito social, familiar y personal. Es un fenómeno preocupante y multicausal que implica persecución verbal, física, psicológica y exclusión social, caracterizado por una violencia prolongada y periódica que altera la estabilidad emocional y psíquica de la víctima. Este tipo de acoso puede ser perpetrado



por un alumno o varios alumnos contra un compañero que no puede defenderse por diversas razones. Por otro lado, el ciberacoso se considera incluso más grave debido a la complejidad del maltrato que se lleva a cabo en línea, pues el agresor se oculta tras la pantalla de un dispositivo, lo que incrementa la angustia de la víctima.

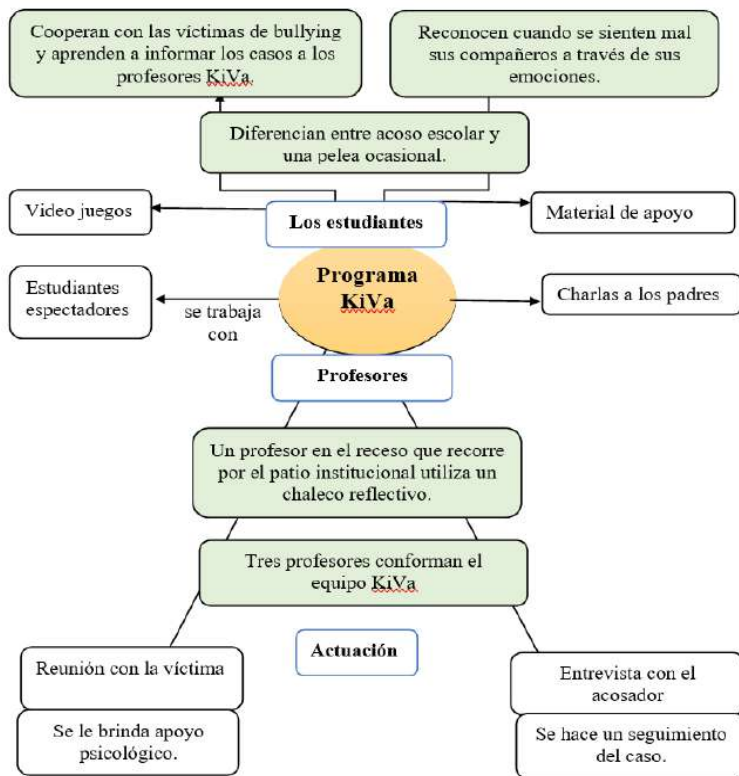
La conducta agresiva de algunos alumnos es una preocupación creciente para la comunidad educativa, incluyendo al profesorado y a los directivos de los centros escolares, así como para los padres de familia. El avance de las herramientas tecnológicas, combinado con la falta de control por parte de algunos tutores y responsables, repercute directamente en el entorno donde el alumno vive y convive con los demás. En este sentido, la escuela se presenta como un espacio ideal para fomentar una convivencia positiva entre todos.

El "ciberbullying" conlleva un alto riesgo de inestabilidad emocional y psíquica para el alumnado, ya que el agresor puede ocultarse detrás de redes sociales en Internet. Esto provoca que el dolor emocional y psicológico de la víctima aumente, especialmente cuando no puede identificar a su agresor. Por ello, es fundamental que la víctima desarrolle autonomía, fuerza y una autoestima elevada para solicitar ayuda.

Los observadores juegan un papel clave en el circuito del acoso escolar, ya que tienen la capacidad de cortar este flagelo que afecta a niños, niñas y adolescentes vulnerables. La posibilidad de que compañeros de la víctima o cualquier otra persona de la comunidad educativa sean testigos de lo que ocurre en espacios como el baño, el patio o el aula es crucial, ya que en esos momentos es cuando los agresores suelen actuar y las víctimas no pueden defenderse. Por lo tanto, es esencial que los observadores adopten una actitud asertiva; de lo contrario, si continúan siguiendo el patrón de conducta agresiva del victimario, fomentarán aún más el acoso escolar, lo que aumenta los perjuicios en la víctima y, en casos extremos, puede conducir al suicidio.

Finalmente, se ha identificado el programa de intervención KiVa, que se fundamenta en la aplicación de diversas actividades, y en el que se destaca la prevención y la intervención integral en casos de acoso escolar dentro de la institución, aspectos que se detallan a continuación

Figura 4
Programa KiVa anti bullying



El término KiVa es un acrónimo de "Kussaamista Vastaa", que significa 'contra el acoso escolar' en fines. También, esta combinación de términos se traduce como 'guay'. Tiene su origen en Finlandia y es un método antiacoso escolar que surgió en el año 2007, desarrollado por la Universidad de Turku del mencionado país europeo; el programa básicamente toma como filosofía diversas actividades, especialmente en dos ámbitos, el preventivo y la intervención.

Se toma como referencia principal la estrategia de intervención conocida como el programa KiVa, que se fundamenta en la aplicación de diversas actividades, y destaca especialmente por su enfoque preventivo e intervencionista ante el acoso escolar en las instituciones. La participación y el compromiso responsable de cada miembro de la comunidad escolar, incluidas las familias, tutores y otras instituciones, son esenciales para trabajar de manera coordinada en la eliminación de todo tipo de maltrato escolar.

Nota: Elaboración propia, a partir de las informaciones obtenidas (Hernández de Frutos & O'Reilly, 2015, p. 464-465).



Referencias bibliográficas

- Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar. (2024). Acoso escolar. <https://aepae.es/acoso-escolar>
- Bisquerra, R. (Coord.). (2016). *Metodología de la investigación educativa*. (5° ed.). Arco/Libros-La Muralla, S.L.
- Blanchard, M., y Muzas, E. (2007). Orientación y tutoría. Acoso Escolar. Desarrollo Prevención herramientas de trabajo. NARCEA, S.A. Ediciones.
- Calderón Guerrero, G. (2020). El acoso escolar, la acción docente y la responsabilidad de la escuela. *Andamios, Revista de Investigación Social*, 17(43), 345-366. <https://doi.org/10.29092/uacm.v17i43.778>
- Calmaestra, J., Escorial, A., García, P., Del Moral, C., & Ubrich, T. (2016). Ya no es no juego. Bullying y ciberbullying en la infancia. SAVE THE CHILDREN
- Costa, B. L. (2023). La relación entre el contexto familiar y la participación en el acoso escolar: una revisión sistemática. *Psico*, 54(1), ID37630.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], s.f.). *Acoso Escolar, qué es y cómo ponerle fin. Consejos para prevenir y abordar el acoso*. <https://www.unicef.org/parenting/es/cuidado-infantil/acoso-escolar>
- Freire P. (2003). *Pedagogía del oprimido*. México, D. F.: Siglo XXI.
- García-Fernández, C. M., Romera-Félix, E. M., & Ortega-Ruiz, R. (2015). Relaciones entre el bullying y el ciberbullying: Prevalencia y coocurrencia. *Pensamiento Psicológico*, 14(1). <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-1.rbcpc>
- García-Machado. (2024). Reflexiones sobre el acceso al expediente generado tras un caso de acoso escolar.
- Gutiérrez-Vega, I., Sánchez-Rodríguez, C. Londoño-Vásquez, D. A. (2023). El bullying: una mirada desde los niños y las niñas. *Revista Latinoamericana En Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 21(3), 1–23. <https://doi.org/10.11600/rllcsnj.21.3.5892>
- Hernández de Frutos, T., & O'Reilly, M. B. (2015). *Investigación sobre la delincuencia y el bullying escolar en España: Teoría, evolución y tendencias*. Tirant Humanidades.
- Hernández, G. B., Vera Noriega, J. Á., & Tánori Quintana, J. (2024). Conducta Prosocial, Desconexión Moral y Empatía en Observadores en Situaciones de Violencia Escolar. *Psykhé (Santiago), Online First*. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.36971>
- Hernández, G. B., Vera Noriega, J. Á., & Tánori Quintana, J. (2024). Conducta Prosocial, Desconexión Moral y Empatía en Observadores en Situaciones de Violencia Escolar. *Psykhé (Santiago), Online First*. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.36971>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mcgraw-Hill.
- López Hernández, L., y Sabater Fernández, C. (2018). *Acoso escolar: Definición, características, causas-consecuencias, familia como agente clave y prevención-intervención ecológica*. Ediciones Pirámide.
- Lorenzo, M. del C., & Becoña, E. (2022). *Bullying y ciberbullying*. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S.A.)
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2017). Bullying: Aspectos históricos, culturales y sus consecuencias para la salud. Bullying: Historical and cultural aspects and their consequences for health. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1). <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/277>
- Martínez Rodríguez, J. A. (2017). *Acoso Escolar: Bullying y ciberbullying*. Librería. Bosch Editor
- Martínez-Otero Pérez, V. (2017). Acoso y ciberacoso en una muestra de alumnos de educación secundaria. *Revista de Curriculum y Formación de Profesorado*, 21(3). 277-298
- Mendoza, B y Hernández, A, A. (2024). Suicidio y acoso escolar, ¿Existe alguna conexión? En J. A. Vírveda Heras., Orozco Rodríguez, I. Z., y Gutiérrez Cedeño, A (Coords.). *Investigación, Perspectivas y reflexiones en torno al Suicidio*. (13-33). Universidad Autónoma de México. Publicaciones UAEMEX. <http://ri.uaemex.mx/>



- Mojica-Bautista. (2023). Experiencia social de ciberacoso sexual en jóvenes escolarizados de Bogotá. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(2), 1-27.
<https://doi.org/10.11600/rlcsnj.21.2.5102>
- Olondriz V, A., y Ramos-Pla, A. (Ed.) (2024). *Descifrando lo invisible: Una perspectiva holística sobre el acoso escolar*. Dykinson, S.L.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, [2023]). *Definir el acoso en la escuela y sus implicaciones para la educación, los docentes y los educandos*.
<https://acortar.link/zioUM7>
- Páez Esteban, A. N., Ramírez Cruz, M. A., Campos De Aldana, M. S., Duarte Bueno, L. M., & Urrea Vega, E. A. (2020). Prevalencia y factores asociados con el acoso escolar en adolescentes. *Revista Cuidarte*.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1000>
- Puche Cabezas, L (2024). El papel del profesorado en la transformación de los climas escolares: estudio de caso a partir de relatos biográficos. *REIDOCREA*, 13(06), 75-88.
- Ruiz Lázaro, P. M., Imaz Roncero, C., & Pérez Hornero, J. (2022). [Self-esteem, self-image, and school bullying in eating disorders]. *Nutrición Hospitalaria*, 39(Spec No2), 41–48.
<https://doi.org/10.20960/nh.04177>
- Schultze-Krumbholz, A., Pfetsch, J. S., & Lietz, K. (2022). Cyberbullying in a Multicultural Context—Forms, Strain, and Coping Related to Ethnicity-Based Cybervictimization. *Frontiers in Communication*, 7, 846794. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2022.846794>

TÍTULO / TITLE: EDUCACIÓN AL BIENESTAR, DOS ODS QUE VAN DE LA MANO EDUCATION FOR WELL-BEING, TWO SDGS THAT GO HAND IN HAND

Autores: García Navarro, Ana (anagarcianavarro@ucm.es). Sanjurjo Trigueros, Silvia Raquel. López Rueda, Marina Eva. López Galindo, Mónica Paula. Mourelle Cacharrón, Cristina. Hervás García, Adela.

OBJETIVOS/ OBJETIVES

- Solicitar educación de calidad para tener mayores conocimientos en salud.
- Promocionar los hábitos saludables en todos los centros educativos.
- Conocer los ODS de Educación de calidad y Salud y bienestar.

REVISIÓN/ REVIEW



Las universidades, institutos, colegios y centros de educación infantil son centros en los que importa la calidad de la enseñanza, ya que el alumnado quiere estar lo mejor preparado para poder obtener una satisfactoria vida laboral. No solo es importante la calidad de la enseñanza, sino que dispongan o les eduquen para tener y mantener un buen estado de salud, el bienestar. Una educación de acceso universal, gran mejora en los hábitos saludables de los estudiantes y disminución las tasas de abandono escolar todo ello gracias al apoyo de UNICEF junto con los Gobiernos de los diferentes países. ^{1,2,3}

¿En qué consiste una educación de calidad? Es aquella educación que favorece la formación de mejores personas, ciudadanos con buenos valores éticos, que cumplen con sus deberes como ciudadanos, ejercen los derechos humanos, respetan lo público y conviven en paz. Gracias a esta educación de calidad se generarán oportunidades de progreso, prosperidad personal y estatal y un bienestar generalizado. ^{4,5}



Durante el periodo comprendido entre 2021 y 2030, se está intentando implementar la Agenda 2030, por la cual quieren cumplir los 17 objetivos de desarrollo sostenible, entre los cuales se incluyen los números 3 y 4. Para que se cumplan estos objetivos es necesario que participen los jóvenes, medios de comunicación y redes sociales, civiles en general, organizaciones sindicales y centros de educación. Se pueden llegar a cumplir los ODS mediante: la investigación, liderazgo social, gobierno institucional y aprendizaje y enseñanza. La implicación por parte de los centros de educación universitaria llega a cuatro dimensiones para lograr la meta de los ODS, esas dimensiones son: Ético social, Intelectual, Profesional, 4) Internacional, es la diversidad global en donde los alumnos se desenvuelven y relacionan. El ODS 4, Educación de calidad, debería ser de obligatorio cumplimiento en cualquier tipo de centro educativo porque gracias a él se puede completar con otros ODS mediante la realización de proyectos y actividades. Para que se cumpla se pueden fomentar becas, ayudas a familias desfavorecidas, debe ser universal, etc ^{2,4}

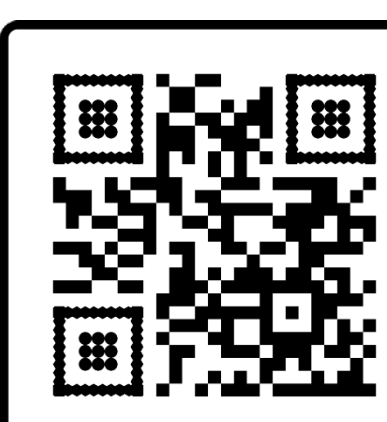


Para lograr este objetivo promocionarán los siguientes factores: inclusión de todos los grupos de edad, creencias y género, financiación de la promoción de la salud, alfabetización en salud, equidad en salud, preparación para emergencias/pandemias mundiales, transformación e innovación digital de la salud (uso de la IA), una sola salud y promoción de la salud planetaria (salud humana y animal, espíritu saludable y ecosalud), educación de calidad a nivel mundial y bienestar planetario. Todavía no hay resultados de esta conferencia/estudio, pero los aportaremos en futuras investigaciones. ^{13,14}

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

- Actualmente hay una preocupación global por la calidad de la enseñanza, por ello se están implantando unas bases a nivel mundial para sea asequible y accesible sin distinguir el género, religión, edad y/o situación económica. Dentro de esta educación de calidad, se encuentra la educación para la salud.
- La creación de escuelas promotoras de salud o la implantación de material didáctico sobre hábitos para el bienestar está consiguiendo una mejora a nivel global del alumnado de los centros de enseñanza y de sus familiares consiguiendo así un empoderamiento en salud desde la primera infancia.
- Los objetivos de *Educación de Calidad* y *Salud y bienestar* son dos de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, por ello para poder cumplirlos antes del 2030 se están explicando e implementando en los centros educativos.

REFERENCIAS/ REFERENCES





XI ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL PÓSTER: *EDUCACIÓN AL BIENESTAR, DOS ODS QUE VAN DE LA MANO*
EDUCATION FOR WELL-BEING, TWO SDGS THAT GO HAND IN HAND

Autores: García Navarro, Ana. Sanjurjo Trigueros, Sílvia Raquel. López Rueda, Marina Eva. López Galindo, Mónica Paula. Mourelle Cacharrón, Cristina. Hervás García, Adela.

Mail de todos los autores: anagarcianavarro@ucm.es; silviasanjurjo86@hotmail.com; ruedent@gmail.com; monicapaula.lopez@universidadeuropea.es; cmourcac@uax.es y adela.hervas@universidadeuropea.es.

INTRODUCCIÓN:

Las universidades, institutos, colegios y centros de educación infantil son centros en los que importa la calidad de la enseñanza, ya que el alumnado quiere estar lo mejor preparado para poder obtener una satisfactoria vida laboral. No solo es importante la calidad de la enseñanza, sino que dispongan o les eduquen para tener y mantener un buen estado de salud, el bienestar.

Debido a que se está implantando una educación de acceso universal, ha habido una gran mejora en los hábitos saludables de los estudiantes y se está intentando disminuir las tasas de abandono escolar todo ello gracias al apoyo de UNICEF junto con los Gobiernos de los diferentes países.

Durante el periodo comprendido entre 2021 y 2030, se está intentando implementar la Agenda 2030, por la cual quieren cumplir los 17 objetivos de desarrollo sostenible, entre los cuales se incluyen los números 3 y 4, los cuales corresponden a Salud y bienestar y Educación de calidad, respectivamente. Para que se cumplan estos objetivos es necesario que participen los jóvenes, medios de comunicación y redes sociales, civiles en general, organizaciones sindicales y centros de educación. Estos últimos, son un factor clave ya que gracias a ellos se pueden llegar a cumplir los ODS mediante: la investigación, liderazgo social, gobierno institucional y aprendizaje y enseñanza.

La implicación por parte de los centros de educación universitaria llega a cuatro dimensiones para lograr la meta de los ODS, esas dimensiones son:

- 1)Ético social, donde el alumnado adquiere valores de compromiso y sensibilidad como estudiante, ciudadano y persona. Se les puede dar formación para la sostenibilidad.
- 2)Intelectual, donde el alumno aprende, adquiere nuevos conocimientos e instaura su aprendizaje en su vida personal. Esos conocimientos los adquiere en su centro de enseñanza mediante la realización de actividades.
- 3)Profesional, donde el alumnado relaciona sus conocimientos con su vida profesional/laboral.
- 4)Internacional, es la diversidad global en donde los alumnos se desenvuelven y relacionan.^{1,2}

El ODS 4, Educación de calidad, debería ser de obligatorio cumplimiento en cualquier tipo de centro educativo porque gracias a él se puede completar con otros ODS mediante la realización de proyectos y actividades. Para que se cumpla se pueden fomentar becas, ayudas a familias desfavorecidas, debe ser universal, etc.



El alumnado adquiere hábitos saludables como: la prevención y tratamiento de enfermedades; promoción del bienestar; prevenir sobre el consumo de estupefacientes, tabaco o alcohol; información y educación sobre sexualidad; advertir sobre la adquisición de enfermedades como el SIDA, hepatitis u otras enfermedades de transmisión sexual e intentar erradicarlas; evitar la contaminación del suelo, aire y agua; la importancia de cumplir con el calendario de vacunaciones y sobre el correcto consumo de medicamentos; conocer la normativa de educación vial para evitar accidentes de tráfico; tener una dieta sana y equilibrada tanto en los centros escolares como en los domicilios de los alumnos; tener fácil acceso a la atención sanitaria; crear buenos hábitos de higiene diaria y promover la salud mental que tan afectada está entre nuestros estudiantes después de la aparición de la pandemia COVID19, entre otros.

La adquisición de estos hábitos saludables, deben comenzar a aplicarse e instaurarse en el núcleo familiar y con la ayuda de los profesores sean objetivos del proyecto educativo. En los centros escolares, los alumnos tendrán un proceso de información, aprendizaje y responsabilización para adquirir estas capacidades y conocimientos básicos sobre salud individual y colectiva. Los profesores deben preparar a sus alumnos a ser los únicos responsables para adoptar estas conductas saludables a lo largo de su vida tanto dentro como fuera del ámbito escolar.

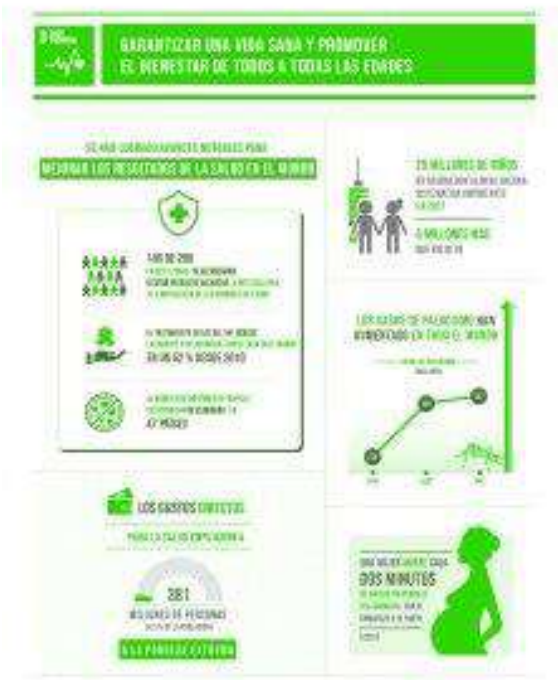
Los centros educativos son los lugares perfectos para fomentar los ODS de Educación de calidad y Salud y bienestar, ya que son lugares donde los estudiantes deben asistir de manera obligatoria durante varios años de sus vidas y que además se podrían realizar seguimientos sobre la mejora o no de estos hábitos saludables. Este método no es una novedad ya que en la conferencia realizada en 1986 en Ottawa, se establecieron cinco objetivos sobre promoción de la salud:

- Creación de entornos saludables.
- Construcción de políticas saludables.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria donde la base es la escuela y a familia.
- Desarrollo de las habilidades personales del profesorado.
- Reorientación de las buenas prácticas de los servicios sanitarios.

El profesorado, aparte de tener estos conocimientos sobre los salud y bienestar, deben utilizar buenas estrategias para saber motivarles con la instauración de estos buenos hábitos, bien aplicando juegos virtuales para mejorar la comprensión o dando buenos ejemplos a seguir como de deportistas de élite, por ejemplo, que ellos tengan como ídolos. Por ello, también deben tener conocimientos psicológicos, pedagógicos, sociológicos, antropológicos, y gran habilidad para la comunicación, así podrán convertirse en un agente de salud de carácter primario. Debido a que el estado de salud es dinámico y es necesario para que una persona pueda crecer y progresar de una manera adecuada, deben saber inculcárselo a los alumnos como promoción de la salud para un correcto desarrollo.³

El RD 822/2021 establece que los ODS son los principios básicos de las universidades ya que deben estar incorporados en los planes de estudio en forma de contenidos específicos o competencias transversales. Los contenidos a desarrollar incluyen los ODS en sí, así como otras materias relacionadas que incluyen: derechos humanos, igualdad de género, accesibilidad universal, sostenibilidad y cambio climático. Los ODS son una oportunidad para el desarrollo de las universidades debido a su vinculación con la sociedad y la conexión con las necesidades actuales del mundo global, lo que favorecerá la integración exitosa de los estudiantes en su vida profesional.

El ODS 4 consiste básicamente en invertir en una educación de calidad para mejorar la calidad de vida de las personas y por ello, contribuir al desarrollo sostenible. Solo a través del acceso universal a la educación poblacional se puede garantizar un crecimiento económico y social sostenible, así como una mayor preocupación y acción respecto al medioambiente. El ODS 3, Salud y bienestar, está íntimamente ligado a ODS 4 ya que es en los centros educativos donde se comienza esa educación al bienestar.



Imágenes de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Para poder implantar estos objetivos, los gobiernos pretenden facilitar la educación primaria y secundaria de manera gratuita para todos los niños de aquí a 2030, la meta es igualdad de acceso a una formación profesional asequible y de calidad, eliminar las diferencias de riqueza y/o género además de conseguir el acceso universal a una educación superior de calidad. Cuando las personas obtienen una educación de calidad, pueden romper el ciclo de la pobreza. La educación interviene en la reducción de la desigualdad y a alcanzar la igualdad de género. También ayuda a vivir una vida más saludable y sostenible, fomentar la tolerancia entre las personas y contribuye al desarrollo de sociedades más pacíficas.

Para cumplir el ODS 4, debe ser de máxima prioridad financiar la educación de manera nacional y establecer las medidas necesarias para que sea gratuita y obligatoria, así como aumentar el número de docentes, mejorar las infraestructuras escolares básicas y adoptar la transformación digital.⁴

¿En qué consiste una educación de calidad para poder implantarla en los centros educativos? Es aquella educación que favorece la formación de mejores personas, ciudadanos con buenos valores éticos, que cumplen con sus deberes como ciudadanos, ejercen los derechos humanos, respetan lo público y conviven en paz. Gracias a esta educación de calidad se generarán oportunidades de progreso, prosperidad personal y estatal y un bienestar generalizado.⁵

OBJETIVOS:

- Solicitar educación de calidad para tener mayores conocimientos en salud.
- Promocionar los hábitos saludables en todos los centros educativos.
- Conocer los ODS de Educación de calidad y Salud y bienestar.

MATERIAL Y MÉTODO:



Revisión bibliográfica en la que se utilizó el buscador de artículos científicos Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>) y se introdujeron las palabras clave “*educación para la salud*” en la cual aparecieron 669 artículos disponibles de los cuales seleccionamos trece por cumplir con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos lo más actuales posibles.
- Escritos en idioma español o inglés.
- Estudios realizados en centros: escolares, de educación secundaria y universitaria.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no fueran de la temática que se investiga.
- Estudios con información obsoleta.

También se consultaron los ODS 3 y 4 disponibles en la web de Naciones Unidas (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Los artículos de investigación utilizados aportan mucha información sobre la adquisición de los buenos hábitos y calidad educativa en los centros. Los autores coinciden en que la implantación de una educación de calidad y la adquisición de estos buenos hábitos, se puede lograr este proceso multifactorial compuesto por: el núcleo familiar, profesores de los centros educativos, compañeros-amigos de clase y de actividades del tiempo libre, medios económicos disponibles en la familia y acceso a la sanidad.

Actualmente hay que tener en cuenta el estado de salud mental de los estudiantes ya que ha ido incrementado de manera significativa el índice de suicidios en menores después de la pandemia COVID19. Muchos de los estudiantes presentaban signos de depresión con tan solo 7 años de edad, trastornos del sueño, cansancio e irritabilidad, miedo, estrés, aumento del tiempo delante de las pantallas aumentado, disminución de las actividades físicas, adquisición de hábitos sedentarios, dieta no saludable, malas conductas, etc.^{6, 7, 8}

En los estudios de Argumedo G. y cols, Harris-Roxas B. y cols o el de Rojas-Ortiz EC y cols. sobre educación de calidad para la salud, se investigó sobre la implantación de vida saludable desde los centros educativos, educación de calidad para la creación de personas con buenos valores y la implantación de estas nuevas competencias dentro de sus núcleos familiares.

Los resultados del estudio de Argumedo G y cols de 2023 realizado en un centro educativo de México indicaban que estableciendo la alimentación, higiene y actividad física como pilares fundamentales para una *Vida Saludable*, de la propuesta de 228 insumos para la salud aceptaron 3 para usarse como promoción de vida saludable y que el 71,7% de material didáctico en educación básica sobre hábitos saludables se seguiría utilizando pero necesitarían leves actualizaciones. En el estudio de Rojas-Ortiz EC y cols realizado en centros de educación infantil de México en 2019 evaluaron las habilidades para la vida, calidad de la educación y las competencias necesarias para el bienestar generalizado. Los métodos que utilizaron fueron: educar en salud a preescolares, padres y profesorado, uso de servicios preventivos en unidades médicas y material didáctico sobre la perspectiva general de la población. Los resultados obtenidos fueron bastante sorprendentes ya que a pesar de la corta edad de los estudiantes el 92,23% desarrolló empatía, resiliencia en un 84,12%, buenas relaciones interpersonales el 91% de los alumnos, desarrollo del pensamiento creativo en un 98% mientras menor resultado el pensamiento crítico (86,08%), el 94,9% implantó unos buenos hábitos higiénicos y la gran mayoría mejoró la activación de la actividad física (97,94%). Respecto a los padres que participaron el estudio el 95,59% les agradaron los talleres sobre educación al bienestar y el 95,75% aprendió a seleccionar las opciones correctas a los problemas sobre salud que se les planteaban en estos talleres, gracias a estos



materiales didácticos el 63,04% de los padres cambiaron sus hábitos y los de sus hijos para mejorar su estado de salud y bienestar.^{9, 10, 11, 12}

En el año 2025 IUHPE (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud) se va a realizar una conferencia mundial en Abu Dabi sobre *Entornos para la salud planetaria y el bienestar* pretenden fomentar la educación de calidad en promocionar la salud mediante la creación de escuelas promotoras de la salud, donde se establezca un equilibrio entre la sostenibilidad social en salud y resiliencia. Quieren combinar intervenciones tradicionales de salud pública (salud primaria, vacunación, inversión en estilo d vida...) junto con trabajos sociales, políticos y comerciales para promocionar la salud mundial. Para lograr este objetivo promocionarán los siguientes factores: inclusión de todos los grupos de edad, creencias y género, financiación de la promoción de la salud, alfabetización en salud, equidad en salud, preparación para emergencias/pandemias mundiales, transformación e innovación digital de la salud (uso de la IA), una sola salud y promoción de la salud planetaria (salud humana y animal, espíritu saludable y ecosalud), educación de calidad a nivel mundial y bienestar planetario. Todavía no hay resultados de esta conferencia/estudio, pero los aportaremos en futuras investigaciones.^{13,14}

CONCLUSIONES:

- Actualmente hay una preocupación global por la calidad de la enseñanza, por ello se están implantando unas bases a nivel mundial para sea asequible y accesible sin distinguir el género, religión, edad y/o situación económica. Dentro de esta educación de calidad, se encuentra la educación para la salud.
- La creación de escuelas promotoras de salud o la implantación de material didáctico sobre hábitos para el bienestar está consiguiendo una mejora a nivel global del alumnado de los centros de enseñanza y de sus familiares consiguiendo así un empoderamiento en salud desde la primera infancia.
- Los objetivos de *Educación de Calidad y Salud y bienestar* son dos de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, por ello para poder cumplirlos antes del 2030 se están explicando e implementando en los centros educativos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>
2. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
3. Pamela R. Eicchkson y Huw F. Thomas. “Un estudio de la Academia Americana de la Sociedad de Odontología Pediátrica”. *Pediatric Dentristry*. 1997. 17-21
4. <https://www.unesco.org/en/education>
5. <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-259478.html#:~:text=Entendemos%20que%20una%20educaci%C3%B3n%20de,ellos%20y%20para%20el%20pa%C3%ADs>
6. María del Río Lozano, María del Mar García Calvente y Grupo de alumnado del Diploma de Especialización en Género y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública-Universidad de Granada.



“Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género”. *Gac Sanit.* (2021);35(6):594–597

7. Wang G, Zhang Y, Zhao J, et al. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet.* 2020;395:945–7.
8. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak. WHO; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>.
9. Argumedo G, Cruz-Casarrubias CA, Bonvecchio-Arenas A, Jáuregui A, Saavedra-Romero A, Martínez-Montañez OG, Meléndez-Irigoyen MT, Karam-Araujo R, Uribe-Carvajal R, Olvera A, Hernández-Alcaráz C, Velázquez Cortés D, Morales-Ruán MDC, Shamah-Levy T, Nieto C, Contreras-Manzano A, Hernández-Ávila M, Rivera-Dommarco J, Barquera S. Hacia el diseño de Vida Saludable, un nuevo programa de estudios para la educación básica en México. *Salud Publica Mex.* 2023 Jan 2;65(1, ene-feb):82-92. Spanish. doi: 10.21149/14212. PMID: 36750063.
10. Harris-Roxas B, O'Mullane M. La evaluación del impacto en la salud para la promoción, la educación y el aprendizaje en este campo. *Glob Health Promot.* 2017 Jun;24(2):78-79. doi: 10.1177/1757975917712806. PMID: 28650769.
11. Rojas-Ortiz EC, Álvarez-Rodríguez VE, León-Suazo HG, Baños-Sánchez A, Trejo-Morales P, Bernal-Alcántara DA. [Educación para la salud en preescolares de guarderías]. *Gac Med Mex.* 2019;155(Suppl 1):S38-S44. Spanish. doi: 10.24875/GMM.19005139. PMID: 31182875.
12. Martínez-Baena A, Mayorga-Vega D, Viciano J. Motivación hacia la Educación Física y su relación con la condición física saludable en escolares de Educación Secundaria Obligatoria. *Nutr Hosp.* 2016 Jul 19;33(4):397. Spanish. doi: 10.20960/nh.397. PMID: 27571672.
13. <https://www.pactomundial.org/ods/4-educacion-de-calidad/>
14. de Leeuw E, Meeran M; por el Comité Científico Mundial de la 25a Conferencia Mundial de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE 2025). Entornos para la salud planetaria y el bienestar: Consideraciones sobre el tema de la 25ª Conferencia Mundial de la UIPES, Abu Dabi, 2025. *Glob Health Promot.* 2024 Sep 23;17579759241279741. doi: 10.1177/17579759241279741. Epub ahead of print. PMID: 39311097.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

•PARTICIPACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD ESCOLAR DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA EN EL DESARROLLO DE LA SALUD ESCOLAR EN CUBA Y OTROS PAISES. 1979-2024

Dr. Juan Aguilar Valdés, Dra. Caridad de las Mercedes Cumbá Abreu, Dra. Alba Cortés Alfaro , Dra. Susana Balcindes Acosta.

Email: uvsinhem1@infomed.sld.cu, jaguilarv@infomed.sld.cu

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Analizar la participación del Departamento de Salud Escolar del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología en el desarrollo de la especialidad en Cuba y otros países.

REVISIÓN/ REVIEW

Texto / Text

Los centros educativos deben ser "entornos seguros y saludables, en ellos se debe contribuir a desarrollar hábitos de vida y comportamientos saludables. Se realiza un breve recorrido por el trabajo del Departamento de Salud Escolar del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) en sus 45 años de existencia.

Misiones encomendadas a este departamento

- Creación de la Residencia de Higiene Escolar para la rápida formación de especialistas y el desarrollo de los departamentos de Higiene Escolar Provinciales y Municipales de Higiene del país
- Investigaciones : metodologías para la identificación de los principales factores de riesgos a la salud y al aprendizaje de los educandos, derivados del ambiente de las instituciones educativas y de sus hábitos, comportamientos y régimen de vida, así como la búsqueda de soluciones y de medidas de prevención
- Docencia de posgrado: Diplomado en Salud Escolar presencial 95 profesionales cubanos en 6 cursos, uno de ellos un pediatra de la República Dominicana. En la República Bolivariana de Venezuela se con la participación de 28 diplomantes.
- Diplomado a distancia se diplomaron los siguientes profesionales, cubanos 518 y Extranjeros 111 procedentes de 15 países.
- En la actualidad el Programa está constituido por 5 cursos y 27 unidades didácticas y se imparte en el Aula Virtual de Infomed en la Plataforma Moodle comienza en el 2025

Figuras/ Fotos/ Gráficos y tablas / Figures/ Pictures/ Graphs
Tabla1. Programa de los cursos de la edición del Diplomado de Salud Escolar a distancia.2025

Curso	Título
1	La Salud Escolar en Cuba.
2	La Estadística y la Epidemiología en la Salud Escolar
3	La salud de los educandos, los educadores y sus determinantes.
4	Condiciones del ecosistema en que estudian o viven los educandos o son cuidados los niños y la interacción con su salud y aprendizaje.
5	La Vigilancia, la investigación y la docencia en la Salud Escolar

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

El departamento de Salud Escolar del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología ha contribuido al desarrollo de la Salud Escolar en Cuba y en otros 17 países

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Díaz-Vicario A, Gairín Sallán J. Entornos seguros y saludables. Algunas prácticas en centros educativos de Cataluña. Revista Iberoamericana de Educação, [Internet] 2014 [Citado Nov 2015];66:189-206. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4978200>
- Aguilar Valdés J, Serra Lurín S, Cumbá Abreu C, Durán Rivero J, Romero Placeres M. Apuntes para la historia del desarrollo de la Salud Escolar en Cuba. InfoHem [Internet] Abril Junio 2020 [citado Enero 2022];18(2) [aprox. 22 p.]. Disponible en: <https://boletines.sld.cu/infohem/>
- Aguilar Valdés J, Ojeda del Valle M, Romero Placeres R, Cumbá Abreu C. Apuntes sobre la Salud Escolar (1ª parte). InfoHEM 2003;1(1)

CONSENSO INTERNACIONAL DE DEFINICIÓN Y COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS ESCOLARES

Autores: Soler Pardo, Gracia, Ph.D ; Asensio Saez, Noemi; Guillen Martinez, Daniel, Ph.D

Presidenta ACEESE&ISNA; Vicepresidenta ACEESE, Presidente Ejecutivo ACEESE, Director de proyectos e investigación ISNA, profesor UCAM.

isna.schoolnurses@gmail.com

Introducción

La enfermera escolar es una figura fundamental en el ámbito educativo, con sus orígenes en finales del siglo XIX y principios del XX, destacando figuras como Lillian Wald, Lina Rogers y Violet Honnor Morten. Actualmente, su presencia varía en los centros escolares a nivel internacional, donde existen asociaciones, sindicatos y legislaciones que regulan su labor de manera desigual. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) reconoce la enfermería escolar y la salud escolar como especialidades, respaldadas por la OMS en sus directrices sobre “Servicios de Salud Escolar”.

Objetivo

Establecer una definición consensuada de la enfermera escolar y actualizar sus competencias a nivel internacional. Unificando el conocimiento de sus funciones con el fin de garantizar unos cuidados de salud y educación de calidad en todos los centros escolares, con un enfoque integral y colaborativo.

Metodología

Revisión internacional bibliográfica y de artículos científicos de la definición y competencias de las enfermeras escolares. Se utilizó ChatGPT para organizar y agrupar competencias, proceso Delphi con expertos y aplicación taxonomía Bloom. El II Simposio Internacional de Enfermería y Salud Escolar sirvió para alcanzar primera fase del consenso de las competencias.

Resultados

Se consigue definición de enfermera escolar e identificar 24 competencias claves:

Coordinación del plan de cuidados.

Atención asistencial Integral.

Aplicación de técnicas y procedimientos específicos de curas asistenciales.

Promoción de la salud.

Educación para la salud.

Prevención y protección de la salud.

Observación, detección y vigilancia epidemiológica.

Bioética aplicada en el cuidado de la salud escolar.

Competencia en legislación escolar.

Calidad en los cuidados de salud y seguridad de los servicios de salud.

Salud Mental y emocional.

Prescripción enfermera.

Salud Planetaria y ambiental.

Administración y gestión de la salud escolar.

Investigación enfermera basada en la evidencia y/o narrativa.

Relación de comunicación y colaboración interpersonal en el ámbito escolar.

Manejo y aplicación de nuevas tecnologías e inteligencia artificial en la salud escolar.

Docencia y metodología pedagógica aplicada a la salud.

Salud social y antropológica.

Acompañamiento en los procesos de adaptación de la salud escolar.

Dirección y liderazgo de la enfermera escolar.

Defensa de los derechos de los niños y jóvenes en su propio ámbito de práctica.

Manejo de procedimientos de cura y técnicas del cuidado de la integridad cutánea.

Supervisión de hábitos higiénicos-saludables, dietéticos y nutrición.

Conclusión:

*Estas intervenciones en la salud escolar repercuten más allá de la escuela, **incidiendo positivamente en el futuro** de las sociedades y en sus ciudadanos en los diferentes países.*



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

CONSENSO INTERNACIONAL DE LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA ESCOLAR

Soler Pardo, Gracia, gracias@gmail.com; Asensio Saiz, Noemi; Guillen Martinez, Daniel; Montalvo, Carmen. (2024). *Consenso Internacional de Definición y Competencias de las Enfermeras Escolares*.

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Establecer una definición consensuada de la enfermera escolar y actualizar sus competencias a nivel internacional. Unificando el conocimiento de sus funciones con el fin de garantizar unos cuidados de salud y educación de calidad en todos los centros escolares, con un enfoque integral y colaborativo.

REVISIÓN/ REVIEW

La enfermería escolar tiene sus raíces a finales del siglo XIX y principios del XX, impulsada por pioneras como Lillian Wald, Lina Rogers y Violet Honnor Morten. En la actualidad, la función de la enfermera escolar está reconocida por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y respaldada por las directrices de la OMS sobre servicios de salud escolar. Su figura tiene reconocimiento fundamental en el ámbito educativo. Sin embargo, su regulación y presencia en los centros escolares es muy variada a nivel mundial.

Para establecer un consenso internacional, se llevó a cabo una revisión bibliográfica y un análisis de artículos científicos que documentan las definiciones y competencias actuales de las enfermeras escolares. A través de un proceso Delphi con expertos, y utilizando la taxonomía de Bloom, se organizó y consensuó un conjunto de competencias clave durante el II Simposio Internacional de Enfermería y Salud Escolar, identificando 24 competencias clave.

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Las competencias de la enfermera escolar, definidas y consensuadas en este estudio, abarcan áreas críticas que van desde la atención asistencial integral hasta la educación para la salud, la promoción de la salud mental, el liderazgo, y el uso de nuevas tecnologías en el ámbito escolar.

Estas competencias tienen un impacto positivo que trasciende las escuelas, mejorando el bienestar de los estudiantes y, a largo plazo, el de las comunidades en general. La enfermera escolar, en su rol como educadora y líder, contribuye de manera crucial al desarrollo de una sociedad saludable y al bienestar de sus ciudadanos.

REFERENCIAS/ REFERENCES

International Association of School Nurses and Health Promotion: <https://www.isna.pro/>

Coordinación del plan de cuidados	Atención asistencial integral	Aplicación de técnicas y procedimientos específicos de curas asistenciales
Promoción de la salud	Educación para la salud	Prevención y protección de la salud
Observación, detección y vigilancia epidemiológica	Bioética aplicada en el cuidado de la salud escolar	Competencia en legislación escolar
Calidad en los cuidados de salud y seguridad de los servicios de salud	Salud mental y emocional	Prescripción enfermera
Salud planetaria y ambiental	Administración y gestión de la salud escolar	Investigación enfermera basada en la evidencia y/o narrativa
Relación de comunicación y colaboración interpersonal en el ámbito escolar	Manejo y aplicación de nuevas tecnologías e inteligencia artificial en la salud escolar	Docencia y metodología pedagógica aplicada a la salud
Salud social y antropológica	Acompañamiento en los procesos de adaptación de la salud escolar	Dirección y liderazgo de la enfermera escolar
Defensa de los derechos de los niños y jóvenes en su propio ámbito de práctica	Manejo de procedimientos de cura y técnicas del cuidado de la integridad cutánea	Supervisión de hábitos higiénicos-saludables, dietéticos y nutrición



1. López Rueda, Marina Eva (ruedent@gmail.com), 2. Barrios Baños, Almudena(almudena.barrios@icloud.com), 3. Sanz Pascual, M^a Elena(elena.sanz1964@gmail.com), 4. Alvarez Urdeña, M^a Dolores (Dolores.alvarez@salud.madrid.org), 5. Maldonado, Liliana Elena(lilianamaldonado84@hotmail.com).

EL TABACO EN ADOLESCENTES Y SU REPERCUSIÓN EN LA CAVIDAD ORAL

Los efectos del tabaco en la cavidad oral del tabaco abarcan una variedad de impactos que comprometen significativamente la salud oral y contribuyen a diversas enfermedades.

Fumar tabaco está relacionado con complicaciones graves, incluida la enfermedad periodontal, cáncer oral y decoloración de los dientes, lo que lleva a una disminución notable en la oral en general higiene y atractivo estético.[1][2][3] Dado que la cavidad oral sirve en las etapas iniciales de digestión y comunicación, las repercusiones del consumo de tabaco se extiende más allá de las preocupaciones de salud para afectar la calidad de vida y la vida social.

La relación entre el tabaquismo y la salud oral se ve subrayada por una gran cantidad de evidencia epidemiológica que destaca el aumento de la prevalencia de enfermedades orales entre los fumadores. La investigación indica que los fumadores tienen aproximadamente un 50% más de probabilidades de desarrollar enfermedad periodontal, una condición inflamatoria crónica que plantea graves riesgos para la salud de las encías y, en última instancia, puede provocar la pérdida de dientes si no se trata.[4][5]

Además, las propiedades cancerígenas del tabaco han establecido el tabaquismo como un factor de riesgo principal para los cánceres orales, con porcentajes significativos de carcinoma oral casos atribuidos al consumo de tabaco.[6]

Las controversias que rodean fumar tabaco a menudo se centran en los desafíos de la cesación de mensajes de salud pública y disparidades en los resultados de salud relacionados con el tabaquismo.

Si bien numerosas iniciativas tienen como objetivo reducir las tasas de tabaquismo y mejorar la conciencia pública, efectos sobre la salud oral, barreras como el acceso limitado al cese. recursos y las dimensiones psicológicas del comportamiento de fumar complican estos esfuerzos.[7][8] En consecuencia, la

comprensión de los impactos multifacéticos del tabaquismo en el La cavidad oral es crucial para desarrollar estrategias efectivas de prevención e intervención.

Eso puede mitigar estos riesgos para la salud y promover estilos de vida más saludables.

La cavidad oral, comúnmente conocida como la boca, es una estructura compleja que juega un papel crucial en las etapas iniciales de la digestión y cumple diversas funciones, incluyendo discurso e interacción social

Consta de varios componentes anatómicos que funcionan para facilitar estos procesos:

1. Labios

Los labios son el límite anterior de la cavidad oral, proporcionando una barrera protectora al tiempo que contribuyen a la articulación de los sonidos durante el habla. Están formados de una delicada capa de piel y membrana mucosa, que puede verse afectada por diversas condiciones de salud, incluyendo cánceres orales[1].

2. Encías

Las encías, son los tejidos blandos que rodean y sostienen los dientes, las encías sanas son esenciales para mantener la salud oral y prevenir el tratamiento periodontal. La enfermedad de las encías puede conducir a la inflamación y la pérdida de dientes si no es adecuada

3. Dientes.

Los dientes son cruciales para la digestión mecánica, permitiendo la descomposición de los alimentos en piezas más pequeñas. La cavidad oral típicamente contiene 32 dientes permanentes en adultos, que se clasifican en incisivos, caninos, premolares y molares. La Caries dental y otras enfermedades orales pueden afectar significativamente la salud de los dientes, lo que lleva al dolor y la función.

4. Lengua.

La lengua es un órgano muscular que desempeña múltiples funciones, incluida la masticación y tragar, además de servir como órgano principal del gusto, está cubierto de papilas gustativas que detectan diferentes sabores y su movilidad es vital para el habla y la manipulación de los alimentos en la boca.

5. Paladar duro y blando

El paladar duro forma la parte anterior del techo de la boca y proporciona una rígida superficie contra la cual la lengua puede presionar los alimentos. El paladar blando, situado atrás, es flexible y juega un papel clave en la deglución y el habla.

6. Glándulas salivales

La cavidad oral alberga varias glándulas salivales que producen saliva, que es crucial para digestión, lubricación de los alimentos y mantenimiento de la higiene bucal. La saliva contiene enzimas que comienzan la digestión de los carbohidratos y juega un papel protector contra la oral.

- **Papel en la salud y la enfermedad**

La anatomía de la cavidad oral está estrechamente relacionada con la salud general. Mala higiene oral puede conducir a diversas enfermedades orales, incluyendo periodontitis, que ha sido problemas de salud sistémica, como enfermedades cardiovasculares y diabetes[2].

Además, la cavidad oral es a menudo el primer sitio donde los signos de enfermedades como el cáncer puede manifestarse, lo que subraya la importancia de los exámenes dentales regulares y la conciencia de la salud oral[1][4].

Fumar tabaco tiene un efecto perjudicial en todos los componentes de la cavidad oral, lo que contribuye a un mayor riesgo de cáncer oral y enfermedades periodontales[2][5].

Efectos de fumar en la salud oral

Fumar tiene un profundo impacto negativo en la salud oral, lo que lleva a una variedad de problemas y complicaciones dentales. Los efectos adversos del tabaquismo se extienden más allá de los problemas generales de salud y afecta significativamente la boca, los dientes y las encías, aumentar el riesgo de diversas enfermedades y afecciones orales.

- **Enfermedad de las encías y periodontitis**

Uno de los problemas más críticos relacionados con el tabaquismo es la mayor prevalencia de enfermedades periodontales. Los fumadores presentan un riesgo significativamente mayor de periodontitis, una condición inflamatoria crónica que afecta los tejidos que rodean los dientes. Esto es Atribuido al efecto

perjudicial del tabaquismo sobre el flujo sanguíneo a las encías, que es esencial para mantener la salud periodontal. Los síntomas de la periodontitis incluyen hinchado y rojo de encías, que pueden conducir a la pérdida de dientes si no se tratan[6][7][8].

La incidencia de periodontitis Entre los fumadores se estima que es de alrededor del 50%, destacando su naturaleza generalizada. y riesgos sistémicos asociados, como diabetes y enfermedades cardiovasculares[10].

- **Cáncer oral**

Fumar es un factor de riesgo bien establecido para el desarrollo del cáncer oral.

Los compuestos cancerígenos que se encuentran en los productos de tabaco pueden transformar las células orales en células cancerosas, con un porcentaje significativo de casos de carcinoma oral relacionados con el humo[11] .

Los fumadores a menudo presentan síntomas como llagas, bultos o parches ásperos en la cavidad oral, que son indicativos de posibles neoplasias malignas[6].

La asociación entre el tabaquismo y el cáncer oral subraya los graves riesgos que consume el tabaco:

1. La decoloración de los dientes es otra consecuencia frecuente del tabaquismo, ya que la nicotina y el alquitrán presente en los productos de tabaco mancha los dientes, lo que lleva a tonos amarillos o marrones con el tiempo[6][8].
2. Los fumadores también son más propensos a sufrir de mal aliento persistente, una condición que puede ser exacerbada por una higiene oral deficiente asociada con el tabaquismo

Las visitas dentales regulares y las prácticas efectivas de higiene oral son cruciales para mitigar estos problemas estéticos y relacionados con la salud.

Fumar no solo causa daño directo a los tejidos orales, sino que también impide la recuperación. De procesos después de procedimientos dentales. Los fumadores a menudo experimentan un menor éxito Tasas en intervenciones dentales como implantes, ya que fumar compromete el flujo sanguíneo y capacidades curativas en las encías[6][11][8].

Esto refuerza la necesidad de los fumadores Participar en rigurosas prácticas de higiene oral y buscar chequeos dentales regulares para mantener su salud oral

Medidas preventivas

Para contrarrestar los efectos adversos del tabaquismo en la salud oral, es esencial adoptar medidas preventivas. Controles dentales regulares y prácticas eficaces de higiene bucal, incluyendo el cepillado, el uso de hilo dental y el uso de enjuague bucal, son vitales para reducir los riesgos. asociado con el tabaquismo[8][10].

Además, los tratamientos dentales profesionales tales como el blanqueamiento dental puede ayudar a abordar los efectos cosméticos del tabaquismo, aunque grave. La decoloración puede requerir una intervención más intensiva[6].

Mecanismos de daño

Fumar tabaco conduce a efectos perjudiciales significativos en la salud oral, principalmente a través de su composición química y las respuestas biológicas que provoca en el cuerpo.

La inhalación de humo de tabaco introduce más de 7.000 productos químicos nocivos en la cavidad oral, muchas de las cuales son tóxicas y cancerígenas[6]. Estas sustancias contribuyen a una variedad de problemas de salud oral, incluyendo enfermedades periodontales y cánceres orales.

Deterioro del sistema inmunológico

Uno de los impactos notables del tabaco en la cavidad oral es su capacidad para perjudicar el sistema inmunológico. Los estudios han demostrado que el consumo de tabaco está asociado con una disminución en la proporción de células T CD4+ IL-2+, mientras que los niveles de CD8+ IL-4+ y Las células T CD3+ IL-4+ están significativamente elevadas en individuos con enfermedades orales relacionadas con el tabaco, como el carcinoma de células escamosas (OSCC) [11].

Esta distribución alterada del subconjunto de células T indica disfunción inmune sistémica relacionada con la exposición al tabaco, lo que podría contribuir a progresión del cáncer. Además, la regulación diferencial de la interleucina (IL) - 4 y La IL-2 en los subconjuntos de células T apunta a interacciones complejas entre el humo del tabaco y el mecanismos de respuesta inmune.

Estrés oxidativo

El papel del estrés oxidativo es otro mecanismo crítico a través del cual el tabaco daña la salud oral. El humo del tabaco aumenta la producción de oxígeno reactivo especies (ROS) y especies reactivas de nitrógeno (RNS), que participan en el inicio y promoción de la carcinogénesis a través del daño del ADN[11].

Niveles más altos de oxidantes junto con actividades antioxidantes reducidas, como la disminución del glutatión niveles, se han observado en la sangre de pacientes con cáncer, lo que sugiere una correlación entre el estrés oxidativo y la progresión de la enfermedad[11]. El tabaco no solo introduce estos compuestos nocivos, pero también mejora su producción, lo que lleva a aumento del daño celular y promoción del desarrollo del cáncer.

Regulación de citoquinas

Las citoquinas juegan un papel crucial en la respuesta inflamatoria asociada con el tabaco IL-4, una citoquina antiinflamatoria, se ha demostrado que posee antitumorales actividad contra varios tipos de cáncer, incluyendo cáncer de mama y colon[11].

Sin embargo, en el contexto del cáncer oral relacionado con el tabaco, la expresión de IL-4 puede verse alterada, impactando sus posibles efectos protectores. Además, la investigación indica que el tabaco exposición puede disminuir la tasa de transcripción del gen IL-4, disminuyendo potencialmente sus capacidades antitumorales y favoreciendo la progresión del tumor[11]. Esto destaca la interacción compleja entre la señalización de citoquinas y la patología relacionada con el tabaco en la cavidad oral.

Composición química y carcinogenicidad

La composición química del tabaco es un factor importante en su carcinogenicidad. Los productos del tabaco contienen más de 60 carcinógenos establecidos o potenciales, que puede interrumpir los procesos celulares y conducir a mutaciones[11]. Estos carcinógenos no solo afecta directamente al ADN, pero también puede inducir estrés oxidativo que exacerba aún más el daño solar. El alquitrán, un subproducto del tabaquismo, contribuye a los cambios en la mucosa oral y ha sido implicado en el desarrollo de cánceres orales y enfermedades periodontales[6].

Factores psicológicos

Las dimensiones psicológicas del comportamiento de fumar son complejas y multifacéticas. E influir significativamente en el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco. Varios factores psicológicos, incluidos los rasgos de personalidad, los mecanismos de afrontamiento y los factores psicosociales.

Las influencias, contribuyen a las decisiones de los adolescentes de fumar.

La investigación que utiliza las cinco grandes dimensiones de la personalidad revela que los rasgos específicos son asociados con comportamientos de fumar entre adolescentes. Los estudios indican que las personas que exhiben niveles más altos de extraversión y menor estabilidad emocional son más propenso a iniciar el tabaquismo.[12] Por el contrario, los adolescentes con mayor estabilidad emocional tienden a tener un factor protector contra el inicio del tabaquismo.

Características como síntomas depresivos, baja autoestima y alta ansiedad.

Los niveles están relacionados con una mayor probabilidad de fumar, enfatizando la importancia de bienestar emocional en la prevención del consumo de tabaco.[12]

Fumar a menudo se considera una estrategia de afrontamiento para controlar el estrés y la ansiedad. Muchas Las personas, particularmente aquellas que carecen de habilidades efectivas de afrontamiento, pueden recurrir al tabaquismo como medio de regulación emocional.[13]

El alivio temporal proporcionado por la nicotina puede crear un ciclo de confianza, donde las personas asocian el tabaquismo con el alivio del estrés. Además, las técnicas de reducción del estrés, incluyendo ejercicios de relajación y afrontamiento.

La capacitación en habilidades es crucial para capacitar a los adolescentes a desarrollar estrategias más saludables para controlar el estrés, reduciendo así la probabilidad de que se inicie el tabaquismo.[1 41]

- Influencias sociales y ambientales

La influencia de los compañeros y las normas sociales juegan un papel importante en las conductas de fumar.

Los adolescentes pueden comenzar a fumar para encajar o ajustarse a las expectativas sociales percibidas, que puede afianzar aún más el hábito.[13] Además, la publicidad y las representaciones de los medios de comunicación de el tabaquismo contribuye a su normalización, particularmente entre las poblaciones vulnerables.

Factores económicos, como la asequibilidad de los cigarrillos y la accesibilidad del tabaco, también afectan el comportamiento de fumar, particularmente en comunidades desfavorecidas.-[13]

La interacción entre hombres la salud y el tabaquismo

La relación entre fumar y la salud mental es recíproca, mientras fuma puede aliviar temporalmente los síntomas de trastornos psicológicos, el uso a largo plazo se asocia con resultados adversos para la salud mental, incluyendo el aumento de las tasas de depresión y ansiedad.[151/161

Sin embargo, dejar de fumar se ha relacionado con mejoras en la salud mental, lo que subraya la necesidad de intervenciones que aborden tanto el tabaquismo como los problemas de salud mental de manera holística.[16]

Los esfuerzos para prevenir y mitigar los efectos de la cavidad oral del tabaco deben incorporar enfoques dirigidos por la comunidad que aborden específicamente las disparidades relacionadas con la comunidad al consumo de tabaco. El Requisito de Disparidad Basado en la Comunidad enfatiza la identificación de los grupos de población afectados desproporcionadamente por el consumo de tabaco y exposición al humo de segunda mano. Esta estrategia obliga a los destinatarios a colaborar con las agencias locales líderes para financiar y apoyar iniciativas de control del tabaco adaptadas para estas comunidades[181. Involucrar a la comunidad es vital para fomentar la movilización y promover estrategias políticas, sistemas y ambientales (PSE) que tengan como objetivo reducir las disparidades relacionadas con el tabaco[18].

Intervenciones estatales y comunitarias

La implementación de programas integrales de control del tabaco en todo el estado sirve como piedra angular para estrategias eficaces de prevención y mitigación. Estos programas coordinar las intervenciones a nivel comunitario diseñadas para reforzar los comportamientos que alinean con normas libres de tabaco[18]. Las intervenciones pueden incluir la lucha contra el tabaco a favor del tabaco , Mensajería, restricción de la disponibilidad de productos de tabaco y aumento de los precios del tabaco productos, haciéndolos así menos accesibles[181. Los mensajes positivos para la salud también son Difundido para mejorar la conciencia de la comunidad y fomentar cambios de comportamiento.

Los resultados a corto plazo de tales iniciativas han sido prometedores, demostrando mayor alcance de las estrategias basadas en la evidencia que benefician no solo a la población, sino también los afectados por las disparidades[18].

Cambio en los sistemas de salud

Una parte significativa de los beneficiarios (60,8%) han priorizado los cambios en los sistemas de salud dentro de los centros de atención de salud conductual

para mejorar la detección y el tratamiento de uso y dependencia del tabaco[18]. Centrándose en la integración de los recursos de cesación y apoyos en entornos de atención médica, estos esfuerzos tienen como objetivo reducir las barreras que históricamente dificultar el acceso a tratamientos efectivos para dejar de fumar[19]. Mejorar el conocimiento clínico y la reducción de los obstáculos administrativos en el acceso al tratamiento son componentes críticos de este enfoque[19].

Iniciativas educativas y de apoyo

Para combatir aún más las disparidades relacionadas con el tabaco, las campañas educativas específicas son esenciales e Iniciativas como:

campañas de medios pagados ayudan a aumentar la conciencia pública sobre los daños del consumo de tabaco, mientras que los programas diseñados para mejorar el cese apoyo proporcionan recursos críticos para las personas que intentan dejar de fumar[20]. Además, promocionando ambientes libres de humo y mejorar el seguro de cese de los sistemas de salud.

La cobertura puede reducir significativamente la carga financiera asociada con el consumo de tabaco, en última instancia, lo que lleva a menores disparidades de salud entre las poblaciones afectadas[21].

El U.S.Department de Salud y Servicios Humanos ha puesto de relieve la necesidad de estrategias integrales de prevención y control del tabaco comercial que no solo prevenir la iniciación y promover el cese, pero también garantizar el acceso equitativo a la cesación de los recursos[19][21]. Estas estrategias implican aprovechar la infraestructura existente como Quitlines y servicios de cese digital, para apoyar a las poblaciones que enfrenta las mayores barreras para el cese[19]. Priorizando la equidad en salud y abordando desigualdades comerciales relacionadas con el tabaco, las partes interesadas pueden trabajar para reducir los efectos de la cavidad oral de fumar tabaco en comunidades vulnerables[20][22].

La investigación ha documentado consistentemente los efectos adversos de fumar tabaco sobre la salud oral. Fumar es un factor de riesgo significativo que contribuye a diversas enfermedades y afecciones, como la enfermedad periodontal, la caries dental y el cáncer oral.[2][6] En particular, los productos químicos en los productos de tabaco comprometen la función normal de tejido de las encías y aumentar la susceptibilidad a las infecciones, lo que lleva a una disminución de la salud entre los fumadores.[6]

Una revisión sistemática de la evidencia epidemiológica indica que el consumo de tabaco ha un profundo impacto en las enfermedades orales, con resultados negativos sustanciales asociados tanto con el tabaquismo como con el tabaco sin humo.[23] Los datos sugieren que el tabaco si cesa, conduce a mejoras marcadas en el estado de salud oral, particularmente en la reducción de enfermedades y afecciones orales entre los ex fumadores.[23][7] Por ejemplo, los estudios han demostrado una correlación entre dejar de fumar y tasas más bajas de periodontales.

Enfermedad y cáncer oral.[23]

A pesar de los riesgos conocidos, muchos fumadores desean dejar de fumar, pero menos del 10% lo son. éxito en sus intentos.[19] Varias barreras impiden el cese efectivo, incluyendo:

Acceso limitado al tratamiento y lagunas de conocimiento clínico con respecto al cese de métodos.[19][21] Aunque una parte significativa de la población adulta ha dejado de fumar, intentos, menos de un tercio utiliza medicamentos para dejar de fumar aprobados o medicamentos conductuales, asesoramiento, que son cruciales para dejar de fumar con éxito.[21]

Datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) de 2017 a 2020 reveló la influencia de diferentes productos de tabaco en las condiciones orales. entre los adultos estadounidenses.[24] Este estudio encontró asociaciones significativas entre fumar y varios problemas de salud oral, incluyendo la pérdida de dientes y la caries.[24] Los hallazgos subrayar la necesidad de continuar la investigación y las estrategias de intervención para mitigar Los impactos en la salud oral del consumo de tabaco en diferentes poblaciones. [24]

Estudios longitudinales que examinan los cambios en el comportamiento de fumar y las tasas de abandono han puesto de relieve la necesidad de períodos de seguimiento prolongados para evaluar la efectos de la legislación sobre el tabaquismo en los resultados de salud pública. La investigación aboga por Estudios con al menos diez años de seguimiento para capturar completamente el impacto del tabaquismo.

Iniciativas de Salud Pública

Iniciativas de salud pública destinadas a abordar los efectos de la cavidad oral del tabaco fumador. se han vuelto cada vez más cruciales para promover la salud en general y prevenir la des- facilidades. Reconociendo el importante papel de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en atención de la salud oral, ha habido un llamado a replantear estas iniciativas para lograr una

mayor impacto en la salud pública[9]. Esto implica alejarse de la única intervenciones para implementar estrategias más amplias que abarquen la mitad de la corriente y Enfoques ascendentes dirigidos a los determinantes sociales de la salud oral.

1.Campañas de medios de comunicación

Una de las estrategias clave identificadas en las iniciativas de salud pública es el uso de los medios de comunicación. campañas (MMC). Estas campañas están diseñadas como intencionales, poblacional-fo- esfuerzos de comunicación personalizados y persuasivos para mejorar la comprensión de la comunidad de problemas de salud oral y fomentar comportamientos que promuevan la salud. Los MMC pueden dar forma a discurso público, presentar diversas opciones para el cambio y guiar a las comunidades hacia la comportamientos que mejoran la salud[9].

Los MMC efectivos han demostrado potencial para reforzar prácticas saludables, especialmente cuando incorporan evaluaciones formativas para evaluar la claridad y aceptabilidad de sus mensajes antes de su implementación[9].

2.Intervenciones dirigidas

Las intervenciones a nivel estatal y comunitario también se han centrado en contrarrestar los mensajes nocivos asociados con el consumo y la promoción del tabaco comercial comportamientos de salud positivos. Estas intervenciones a menudo se integran con políticas que Restringir la disponibilidad de tabaco, aumentar los precios y difundir mensajes relacionados con la salud.

Tales iniciativas han demostrado beneficios a corto plazo, aumentando el alcance de estrategias basadas en la evidencia que apoyan particularmente a las poblaciones afectadas por la salud disparidades[18]. Además, dirigirse a los líderes de opinión de salud dentro de las comunidades puede Amplifica aún más los mensajes promovidos a través de estas campañas[9].

3. Evaluación.

La evaluación exhaustiva de las campañas de salud pública sigue siendo esencial Mientras que algunas campañas han intentado documentar alcance y exposición a través de encuestas de seguimiento, hay una notable falta de evidencia sobre la rentabilidad y el impacto en el cambio de comportamiento[9], adelantado, se recomienda que las campañas futuras se adhieran a las mejores prácticas, incluyendo objetivos claros, audiencias objetivo definidas y el uso de una estrategia mixta, enfoque que combina varios métodos para una mayor eficacia[9][181].

La base de evidencia a través de una evaluación rigurosa no solo informará a los responsables políticos sino también a mejorar el diseño y la implementación de

futuras iniciativas de salud oral dirigidas a reducir los impactos del consumo de tabaco en la salud oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1]: Cáncer de boca - Síntomas y causas - Mayo Clinic

[2]: Campañas de medios de comunicación para la promoción de la salud oral: una revisión de alcance

[3]: Fumar y salud oral en adultos dentados de 18 a 64 años

[4]: Salud oral

[5]: Consumo de tabaco y salud oral - Recorrido 1

[6]: Los efectos fisiológicos de fumar en la salud oral - iClinig

[7]: El impacto del tabaquismo en la salud oral - Dentistas de San Antonio

[8]: Tabaco y enfermedades orales. Actualización sobre la evidencia, con __.- PubMed



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO:

GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO VACUNAL BCG EN MENORES DE 5 AÑOS CENTRO DE SALUD MARÍA GAY. BATA. MAYO-JULIO 2023.

AUTORES:

Bikie Nze Bindang I.A.⁽¹⁾ Martín Lorenzo M. ⁽²⁾ Eyagma Oyono Nchama M.⁽³⁾ Esono Nchama M.F.⁽⁴⁾ Avomo Osa T. ⁽⁵⁾ Jiménez Fernández R. ⁽⁶⁾

1. Inmaculada Anabel Bikie Nze Bindang. Estudiante. Grado I. Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Bata. Guinea Ecuatorial.
2. Marta Martín Lorenzo. Enfermería. Hospital Universitario de Móstoles. Profesora Asociada. Universidad Rey Juan Carlos. martamil6@hotmail.com
3. Manuel Eyagma Oyono Nchama. Licenciado en Enfermería. Profesor. Facultad de Ciencias de la salud. Bata. Guinea Ecuatorial.
4. M^a Flora Esono Nchama. Licenciada en Enfermería. Vicedecana. Facultad de Ciencias de la Salud. Bata. Guinea Ecuatorial.
5. Trinidad Avomo Osa. Matrona. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial
6. Raquel Jiménez Fernández. Doctor en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos

RESUMEN

Introducción

La OMS identifica la tuberculosis como segunda enfermedad infecciosa más mortífera después de COVID-19 y delante de VIH y Sida. En 2022, causó 1,3 millones de muertes. UNICEF estima que casi 700 niños mueren al día por TBC, el 80% antes de los 5 años. En Guinea Ecuatorial en 2019 la Tuberculosis era la segunda causa de muerte. ^(1,2)

Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es acabar con la epidemia de tuberculosis para 2030 siendo la vacunación con BCG al nacimiento el eje central. Guinea Ecuatorial adoptó el Programa Ampliado de Vacunación para su prevención y erradicación ^(1,2,3)

Objetivos

Describir el grado de cumplimiento del calendario vacunal BCG, en niños menores de 5 años, en el centro María Gay. Ciudad de Bata en Mayo – Julio 2023.

- Determinar el grado de cumplimiento del calendario vacunal de BCG según la edad, sexo, mes.
- Identificar los niños vacunados según procedencia en las distintas Zonas Sanitarias del Distrito Sanitario de Bata.



Material y método:

Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal. **Tiempo de estudio:** mayo-julio de 2023
Tamaño muestral: 170 niños entre 0-5 años recogidos en el registro de vacunación del CS María Gay. **Herramienta de recogida de datos:** Ficha de trabajo. **Variables:** Edad 0-12 meses o más, sexo femenino y masculino y Zonas Sanitarias del Distrito Sanitario de Bata. **Consideraciones éticas:** Consentimiento informado de la Directora del Centro de Salud. Responsable de AP, Auxiliares del Servicio de Vacunación y Control, Credencial de la Facultad de Ciencias de la Salud. **Análisis** descriptivo de frecuencias y porcentajes.

Resultados

El 68,82% de niños están vacunados (0-29 días) de acuerdo al calendario vacunal. El 31,18% no están vacunados según la pauta del calendario vacunal.

Del 68,82% vacunados correctamente: el 43,58% era niños y el 56,41% niñas y de los no vacunados de forma correcta, el 66,03% eran niñas.

El 70,97% de padres que viven lejos del CS María Gay, no cumplen con la vacunación de sus hijos/as, seguido del área rural (29,03%). El mayor porcentaje de vacunación incorrecta, son los procedentes del Área Urbana Sanitaria del Norte y Sur (31,81%). El menor porcentaje se ha registrado en el CS María Gay (22,72%).

Conclusiones

Es necesario reforzar la comunicación con la comunidad y los profesionales para constatar la importancia de la vacunación, pautar Visitas domiciliarias a los pacientes con demoras, además de informar a los profesionales sobre las coberturas vacunales logradas. Sin olvidar la realización de reuniones anuales para valorar los resultados de inmunización y estudiar mejoras tales como: mejorar la accesibilidad de los pacientes a la vacuna (horarios, consultas, campañas de divulgación, nuevas tecnologías). Es fundamental neutralizar la brecha de género en las pautas de vacunación BCG

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (2024). Tuberculosis. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. 2. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones. Recuperado de: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-8>
3. 3. UNICEF. Change the Game: An agenda for action on childhood tuberculosis. Recuperado de: <https://data.unicef.org/resources/change-game-agenda-action-childhood-tuberculosis/>
4. 4. Adams L, Starke J. Tuberculosis disease in children: Treatment and prevention. En: UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 24 de octubre de 2024).



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

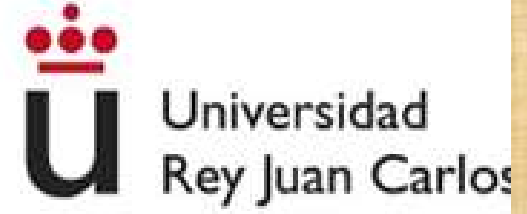
GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO VACUNAL BCG EN MENORES DE 5 AÑOS

CENTRO DE SALUD MARÍA GAY. BATA. MAYO-JULIO 2023.



Bikie Nze Bindang I.A.⁽¹⁾ Martín Lorenzo M.⁽²⁾ Eyagma Oyono Nchama M.⁽³⁾ Esono Nchama M.F.⁽⁴⁾ Avomo Osa T.⁽⁵⁾ Jiménez Fernández R.⁽⁶⁾

(1), (3), (4) y (5) Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial. (1,5) Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial. (2) Universidad Rey Juan Carlos / Hospital Universitario de Móstoles. España (3,4) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial (6) Departamento de Enfermería y Estomatología. Universidad Rey Juan Carlos. España martaml6@hotmail.com, raquel.jimenez@urjc.es



INTRODUCCIÓN/INTRODUCTION

La OMS identifica la tuberculosis como segunda enfermedad infecciosa más mortífera después de COVID-19 y delante de VIH y Sida. En 2022, causó 1,3 millones de muertes. UNICEF estima que casi 700 niños mueren al día por TBC, el 80% antes de los 5 años. En Guinea Ecuatorial en 2019 la Tuberculosis era la segunda causa de muerte.^(1,2)

Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es acabar con la epidemia de tuberculosis para 2030 siendo la vacunación con BCG al nacimiento el eje central. Guinea Ecuatorial adoptó el Programa Ampliado de Vacunación para su prevención y erradicación^(1,2,3)

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Describir el grado de cumplimiento del calendario vacunal BCG, en niños menores de 5 años, en el centro María Gay. Ciudad de Bata en Mayo – Julio 2023.

- Determinar el grado de cumplimiento del calendario vacunal de BCG según la edad, sexo, mes.
- Identificar los niños vacunados según procedencia en las distintas Zonas Sanitarias del Distrito Sanitario de Bata.

MÉTODO/ METHOD

Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal. **Tiempo de estudio:** mayo-julio de 2023 **Tamaño muestral:** 170 niños entre 0-5 años recogidos en el registro de vacunación del CS María Gay. **Herramienta de recogida de datos:** Ficha de trabajo. **Variables:** Edad 0-12 meses o más, sexo femenino y masculino y Zonas Sanitarias del Distrito Sanitario de Bata. **Consideraciones éticas:** Consentimiento informado de la Directora del Centro de Salud. Responsable de AP, Auxiliares del Servicio de Vacunación y Control, Credencial de la Facultad de Ciencias de la Salud. **Análisis** descriptivo de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS/ RESULTS

El **68,82%** de niños están **vacunados** (0-29 días) **de acuerdo al calendario vacunal**. El 31,18% no están vacunados según la pauta del calendario vacunal.

Del **68,82%** vacunados correctamente: el **43,58%** era niños y el **56,41%** niñas y de los **no vacunados de forma correcta**, el **66,03%** eran niñas.

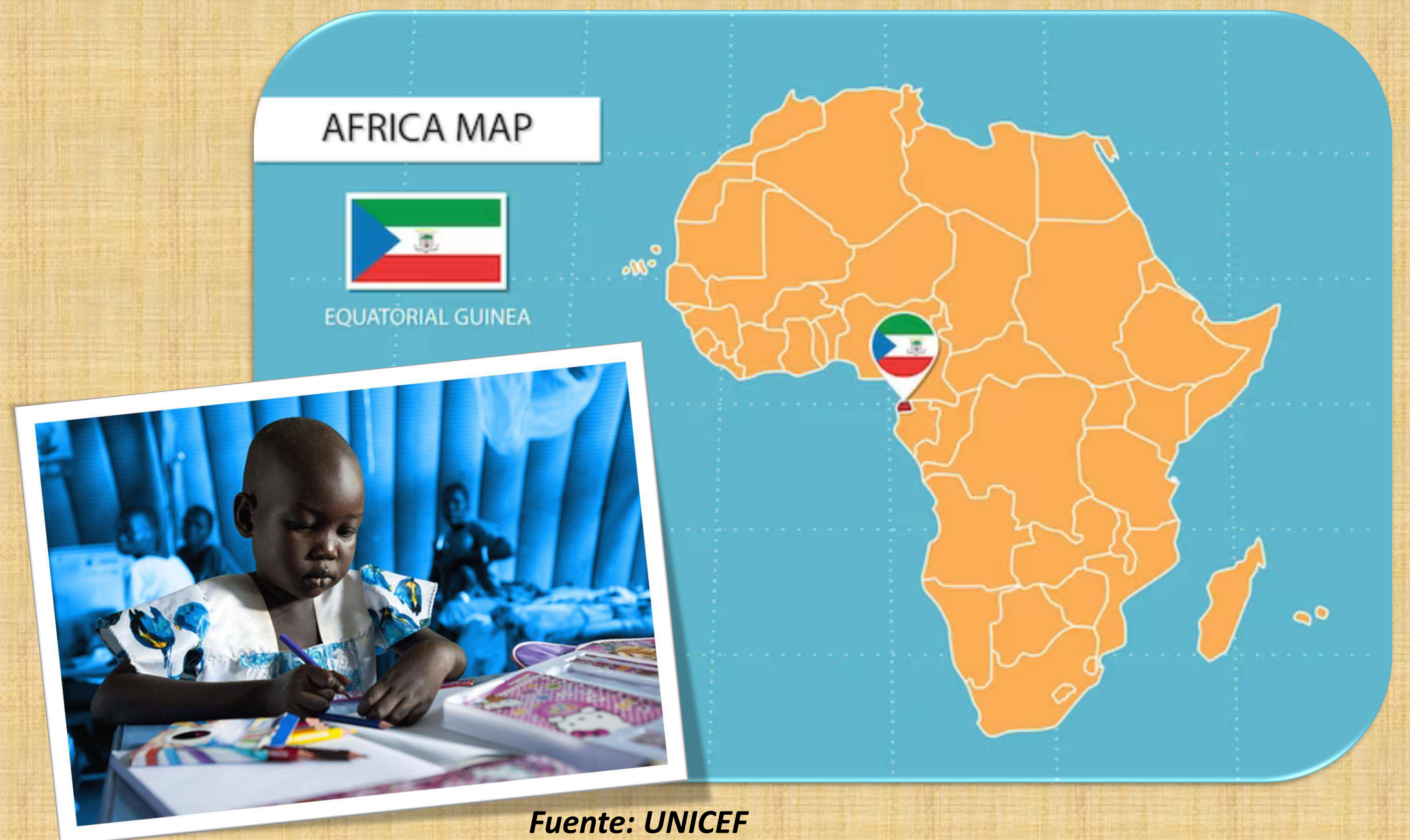
El **70,97%** de padres que viven lejos del CS María Gay, no cumplen con la vacunación de sus hijos/as, seguido del **área rural (29,03%)**. El mayor porcentaje de vacunación incorrecta, son los procedentes del Área Urbana Sanitaria del Norte y Sur (31,81%). El menor porcentaje se ha registrado en el CS María Gay (22,72%).

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Es necesario: **Reforzar la comunicación** con la **comunidad** y los **profesionales** para constatar la importancia de la vacunación, pautar **Visitas domiciliarias** a los pacientes con **demoras**, **además de informar** a los profesionales sobre las **coberturas vacunales** logradas. Sin olvidar la realización de **reuniones anuales** para valorar los resultados de inmunización y estudiar mejoras tales como: **mejorar la accesibilidad** de los pacientes a la vacuna (horarios, consultas, campañas de divulgación, nuevas tecnologías). Es fundamental neutralizar la brecha de género en las pautas de vacunación BCG

REFERENCIAS/ REFERENCES

1. Organización Mundial de la Salud (2024). Tuberculosis. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones. Recuperado de: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-8>
3. UNICEF. Change the Game: An agenda for action on childhood tuberculosis. Recuperado de: <https://data.unicef.org/resources/change-game-agenda-action-childhood-tuberculosis/>
4. Adams L, Starke J. Tuberculosis disease in children: Treatment and prevention. En: UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 24 de octubre de 2024).





XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MENORES DE 5 AÑOS INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE BATA ENTRE MAYO-JULIO 2023, POR ANEMIA.

AUTORES:

Osía Ela Maye M.S ⁽¹⁾ Valero Jimenez M.T. ⁽²⁾ Pereiro Recio P.⁽³⁾ Onguene Bengono D.⁽⁴⁾ Nchama Ela Nfumu D.R. ⁽⁵⁾ Bindang Enga L. ⁽⁶⁾

1. Marina Salomé Osía Ela Maye. Licenciada en enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
2. M^a Teresa Jiménez Valero. Enfermera. Profesora asociada vinculada al Hospital Universitario de Fuenlabrada. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón.
3. Patricia Pereiro Recio. Enfermera. Profesora asociada vinculada al Hospital Universitario de Fuenlabrada. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón.
4. Dorcas Onguene Bengono. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
5. Dina Raquel Nchama Ela Nfumu. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
6. Leonila Bindang Engá. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial

RESUMEN

Introducción

La ANEMIA se define como la concentración de hemoglobina por debajo de los valores límites establecidos en función de la edad, el sexo y el estado fisiológico.

La OMS calcula que la anemia afecta a un 20% de los niños/as de 6 a 59 meses de edad, un 37% de las embarazadas y un 30% de las mujeres de 15 a 49 años (1).

La ANEMIA INFANTIL plantea un importante problema de salud pública que lleva a un mayor riesgo de mortalidad infantil, así como a consecuencias negativas en el desarrollo cognitivo y físico del niño.

En general, la deficiencia de hierro es la causa más común, pero las enfermedades infecciosas como la malaria, las infecciones por helmintos, el VIH y la tuberculosis también pueden ser causas de anemia en niños.

En Guinea Ecuatorial, la anemia en menores de 5 años, es un problema de salud frecuente, asociado a las malas condiciones de vida y la falta de formación de progenitores en su detección y cuidados.



Objetivos

Determinar el perfil sociodemográfico de pacientes menores de 5 años ingresados en la UCI del Hospital de Bata (Guinea Ecuatorial) entre Mayo-Julio 2023 por anemia.

Material y método:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Realizado sobre menores de 5 años con diagnóstico de anemia e ingresados en la UCI del hospital de Bata durante el periodo comprendido entre mayo y julio 2023.

Tamaño muestral: 81 menores ingresados con diagnóstico de anemia. Herramienta de recogida de datos: Ficha de recogida de datos. Consideraciones éticas: consentimiento informado verbal de parte de los padres. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, procedencia, enfermedad asociada, estancia hospitalaria y tipo de egreso. Análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes

Resultados

El grupo de edad más afectado entre los pacientes menores de 5 años diagnosticado de anemia fue de 0 a 1 año (62,97%). El 50,61% de los pacientes objeto del estudio fueron del sexo femenino. El 100% de los pacientes procedían de la zona urbana. Un 64,19% padecían de otras patologías, aparte del paludismo, parasitismo intestinal y EDA.

Estancia media hospitalaria en la UCI Pediátrica del Hospital Regional de Bata entre 1 a 3 días (87,66%). El 43,20% de los pacientes, fueron trasladados a otros centros por su estado de gravedad. El 17,31% de los pacientes menores de 5 años diagnosticados de anemia fallecieron.

Conclusiones

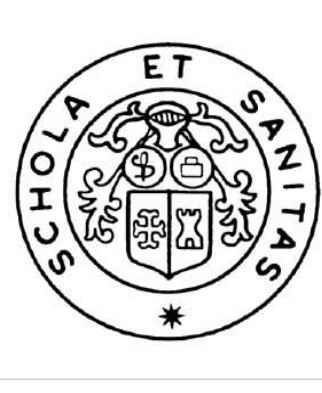
- Es necesario incorporar estrategias en el sistema de Atención Primaria de salud implementando medidas que ayuden a prevenir la anemia y a identificar sus síntomas en embarazadas y en la población infantil, como pueden ser charlas formativas para los padres. Es importante la atención precoz de esta enfermedad para prevenir complicaciones.
- Sería recomendable desarrollar y fomentar medidas de retroceso del paludismo, eliminación de parásitos (incluidas medidas de control antihelmínticas corrientes) y actividades de "Alto a la tuberculosis" relacionadas con la anemia. Estas estrategias deben sustentarse en evidencias científicas, adaptarse a las condiciones locales y tener en cuenta la etiología específica y la prevalencia de la anemia en un entorno y un grupo de población determinados.

Referencias

- (1) Global Health Metrics. Anaemia–Level 1 impairment. Lancet. 2019; 393.
- (2) Bello-Manga H, DeBaun MR, Kassim AA. Epidemiología y tratamiento de la anemia relativa en niños con anemia falciforme en el África subsahariana. Experto Rev Hematol. noviembre de 2016; 9(11):1031-1042. doi: 10.1080/17474086.2016.1240612. Epub 17 de octubre de 2016. PMID: 27677923.



- (3) Kasili EG. La desnutrición y las infecciones como causas de la anemia infantil en África tropical. *Am J Pediatr Hematol Oncol*. Otoño de 1990; 12(3):375-7. doi: 10.1097/00043426-199023000-00023. PMID: 2122763.
- (4) Turawa E, Awotiwon O, Dhansay MA, Cois A, Labadarios D, Bradshaw D, Pillay-van Wyk V. Prevalencia de anemia, deficiencia de hierro y anemia por deficiencia de hierro en mujeres en edad reproductiva y niños menores de 5 años en Sudáfrica (1997-2021): una revisión sistemática. *Int J Environ Res Salud Pública*. 4 de diciembre de 2021; 18(23):12799. doi: 10.3390/ijerph182312799. PMID: 34886524; PMCID: PMC8656986.
- (5) Khulu C, Ramroop S. Determinantes clave de la anemia entre los niños menores de cinco años en Senegal, Malawi y Angola. *Int J Environ Res Salud Pública*. 18 de noviembre de 2020; 17(22):8538. doi: 10.3390/ijerph17228538. PMID: 33217900; PMCID: PMC7698613.
- (6) Ngari MM, Berkley JA. Anemia grave y mortalidad pediátrica tras el alta hospitalaria en África. *Lancet Salud Infantil y Adolescente*. julio de 2022; 6(7):447-449. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00103-1. Epub 21 de mayo de 2022. PMID: 35605630; PMCID: PMC7613614.

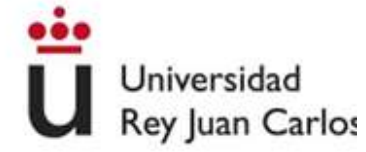


XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MENORES DE 5 AÑOS INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE BATA ENTRE MAYO-JULIO 2023, POR ANEMIA

Osía Ela Maye M.S⁽¹⁾ Valero Jimenez M.T.⁽²⁾ Pereiro Recio P.⁽³⁾ Onguene Bengono D.⁽⁴⁾ Nchama Ela Nfumu D.R.⁽⁵⁾ Bindang Enga L.⁽⁶⁾



(1), (4), (5) y (6) Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.

(2), (3) Profesoras asociadas URJC. Hospital Universitario de Fuenlabrada. España.

Email: teresa.valero@urjc.es



INTRODUCCIÓN/INTRODUCTION

La **ANEMIA** se define como la concentración de hemoglobina por debajo de los valores límites establecidos en función de la edad, el sexo y el estado fisiológico.

La OMS calcula que, la anemia afecta a un 20% de los niños/as de 6 a 59 meses de edad, un 37% de las embarazadas y un 30% de las mujeres de 15 a 49 años⁽¹⁾.

La **ANEMIA INFANTIL** plantea un importante problema de salud pública que lleva a un mayor riesgo de mortalidad infantil, así como a consecuencias negativas en el desarrollo cognitivo y físico del niño.

En general, la **deficiencia de hierro** es la causa más común, pero las **enfermedades infecciosas** como la malaria, las infecciones por helmintos, el VIH y la tuberculosis también pueden ser causas de anemia en niños.

En **Guinea Ecuatorial**, la anemia en menores de 5 años, es un problema de salud frecuente, asociado a las malas condiciones de vida y la falta de formación de progenitores en su detección y cuidados.

OBJETIVOS/ OBJETIVES

- **Determinar el perfil sociodemográfico** de pacientes menores de 5 años ingresados en la UCI del Hospital de Bata (Guinea Ecuatorial) entre Mayo-Julio 2023 por anemia.

MÉTODO/ METHOD

- Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Realizado sobre menores de 5 años con diagnóstico de anemia e ingresados en la UCI del hospital de Bata durante el periodo comprendido entre mayo y julio 2023.
- **Tamaño muestral:** 81 menores ingresados con diagnóstico de anemia. **Herramienta de recogida de datos:** Ficha de recogida de datos. Consideraciones éticas: consentimiento informado verbal de parte de los padres.
- Las **variables** estudiadas fueron: edad, sexo, procedencia, enfermedad asociada, estancia hospitalaria y tipo de egreso.
- **Análisis** descriptivo de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS/ RESULTS

- El **grupo de edad** más afectado entre los pacientes menores de 5 años diagnosticado de anemia fue **de 0 a 1 año (62,97%)**. El **50,61%** de los pacientes objeto del estudio fueron del **sexo femenino**.
- El **100%** de los pacientes procedían de la **zona urbana**. Un **64,19%** padecían de **otras patologías**, aparte del paludismo, parasitismo intestinal y EDA.
- **Estancia media hospitalaria** en la UCI Pediátrica del Hospital Regional de Bata entre **1 a 3 días (87,66%)**.
- El **43,20%** de los pacientes, fueron **trasladados a otros centros** por su estado de gravedad.
- El **17,31%** de los pacientes menores de 5 años diagnosticados de anemia **fallecieron**.



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

- Es necesario incorporar estrategias en el sistema de Atención Primaria de salud implementando medidas que ayuden a prevenir la anemia y a identificar sus síntomas en embarazadas y en la población infantil, como pueden ser charlas formativas para los padres. Es importante la atención precoz de esta enfermedad para prevenir complicaciones.
- Sería recomendable desarrollar y fomentar medidas de retroceso del paludismo, eliminación de parásitos (incluidas medidas de control antihelmínticas corrientes) y actividades de "Alto a la tuberculosis" relacionadas con la anemia. Estas estrategias deben sustentarse en evidencias científicas, adaptarse a las condiciones locales y tener en cuenta la etiología específica y la prevalencia de la anemia en un entorno y un grupo de población determinados.

REFERENCIAS/ REFERENCES

(1) Global Health Metrics. Anaemia-Level 1 impairment. Lancet. 2019; 393.

(2) Bello-Manga H, DeBaun MR, Kassim AA. Epidemiología y tratamiento de la anemia relativa en niños con anemia falciforme en el África subsahariana. Experto Rev Hematol. noviembre de 2016; 9(11):1031-1042. doi: 10.1080/17474086.2016.1240612. Epub 17 de octubre de 2016. PMID: 27677923.

(3) Kasili EG. La desnutrición y las infecciones como causas de la anemia infantil en África tropical. Am J Pediatr Hematol Oncol. Otoño de 1990; 12(3):375-7. doi: 10.1097/00043426-199023000-00023. PMID: 2122763.

(4) Turawa E, Awotiwo O, Dhansay MA, Cois A, Labadarios D, Bradshaw D, Pillay-van Wyk V. Prevalencia de anemia, deficiencia de hierro y anemia por deficiencia de hierro en mujeres en edad reproductiva y niños menores de 5 años en Sudáfrica (1997-2021): una revisión sistemática. Int J Environ Res Salud Pública. 4 de diciembre de 2021; 18(23):12799. doi: 10.3390/ijerph182312799. PMID: 34886524; PMCID: PMC8656986.

(5) Khulu C, Ramroop S. Determinantes clave de la anemia entre los niños menores de cinco años en Senegal, Malawi y Angola. Int J Environ Res Salud Pública. 18 de noviembre de 2020; 17(22):8538. doi: 10.3390/ijerph17228538. PMID: 33217900; PMCID: PMC7698613.

(6) Ngari MM, Berkley JA. Anemia grave y mortalidad pediátrica tras el alta hospitalaria en África. Lancet Salud Infantil y Adolescente. julio de 2022; 6(7):447-449. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00103-1. Epub 21 de mayo de 2022. PMID: 35605630; PMCID: PMC7613614.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Morbilidad por Anemia. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Regional Bata. Julio-diciembre 2021

AUTORES:

Ngomo Ndong Nchama B. ⁽¹⁾ Montes Olangua M. I. ⁽²⁾ Nfumu Nsue Nchama C.T. ⁽³⁾ Mbasogo Ondo Nzang M. I. ⁽⁴⁾ Nguema Akum M. ⁽⁵⁾

1. Basilio Ndong Ngomo Nchama. Licenciado en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
2. M^a Isabel Montes Olangua. Enfermera. Profesora asociada Universidad Rey Juan Carlos vinculada al Hospital Universitario de Móstoles isabel.montes@urjc.es
3. Catalina Teresa Nfumu Nsue Nchama. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
4. M^a Inés Mbasogo Ondo Nzang. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
5. Maribel Nguema Akum. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata.

RESUMEN

Introducción

La anemia es un trastorno en el que el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. ^{1,2}

Las causas más comunes son las deficiencias nutricionales, enfermedades hereditarias (talasemia, anemia de células falciformes y deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa [G6PD]), hemorragias e infecciones. ^{1,2,3}

La anemia sigue siendo un problema endémico de gran magnitud, se estima que la prevalencia de la anemia es del 9% en los países desarrollados y del 43% en los países en vías de desarrollo ^{4,5}, siendo esta desproporción más evidente en los grupos socioeconómicos bajos. ³

En África se estima una prevalencia de anemia en los niños del 60%, con una elevada tasa de morbilidad y mortalidad asociada ⁴.

Objetivos

Identificar los casos de Anemia en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Regional de Bata respecto a edad, sexo, grado de anemia, estadía, tipo de egreso, procedencia y enfermedad asociada desde julio a diciembre de 2021.

Material y método:



Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos del Hospital Regional de Bata durante el periodo de julio a diciembre de 2021. La muestra de estudio han sido 100 pacientes ingresados y diagnosticados de anemia durante dicho periodo.

Herramienta de recogida de datos: ficha de recogida de datos, libro de registro e historias clínicas. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, procedencia, estadía (tiempo de ingreso), grado de severidad de anemia, diagnóstico asociado y egreso (tipo de alta de la Unidad). Consentimiento informado. Análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes.

Resultados

El 38 % de los pacientes estaba en el rango de edad entre 1 y 12 meses, y un 35% entre 1 y 4 años. El 58% de los casos correspondían al sexo femenino.

El tipo de anemia predominante fue la anemia severa con un 61%. El 95% de los casos estaba ingresado en la UCI pediátrica de 1 a 6 días. Y en 85% de los casos, fueron trasladados a otro servicio.

El 85% de los niños/as procedían de zonas urbanas. El paludismo fue la enfermedad asociada a la anemia en un 65% de los casos.

Conclusiones

Un % representativo de niños/as con anemia eran menores de 4 años, siendo más numeroso el sexo femenino y de procedencia urbana. El paludismo se ha encontrado en un porcentaje elevado asociado a los casos de anemia.

Sería recomendable implementar programas de educación sanitaria dirigidos a las madres para extremar las precauciones y evitar exposición en horas de salida y ocaso del sol, detección precoz de signos y síntomas para reducir la morbilidad asociada.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf)
2. Narla A, Sandoval C. Resumen de las causas de la anemia en niños debido a la disminución de la producción de glóbulos rojos. En: UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 28 de Octubre de 2024)
3. Hailu BA. Mapping, trends, and factors associated with anemia among children aged under 5 y in East Africa. *Nutrition*. 2023 Dec;116:112202. doi: 10.1016/j.nut.2023.112202. Epub 2023 Aug 29. PMID: 37832168.
4. Lemoine A, Tounian P. Childhood anemia and iron deficiency in sub-Saharan Africa - risk factors and prevention: A review. *Arch Pediatr*. 2020 Nov;27(8):490-496. doi: 10.1016/j.arcped.2020.08.004. Epub 2020 Sep 16. PMID: 32950332
5. Yarlani Balarajan, Usha Ramakrishnan, Emre Özaltın, Anuraj H Shankar, SV Subramanian, Anemia en países de ingresos bajos y medios. *Lancet* , 378 (2011) , págs . 2123-2135



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA



Morbilidad por Anemia. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Regional Bata. Julio-diciembre 2021

Ngomo Ndong Nchama B. ⁽¹⁾ Montes Olangua M. I. ⁽²⁾ Nfumu Nsue Nchama C.T. ⁽³⁾ Mbasogo Ondo Nzang M. I. ⁽⁴⁾ Nguema Akum M. ⁽⁵⁾
(1,3,4,5) Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.

⁽²⁾ Profesora vinculada URJC Hospital Universitario de Móstoles isabel.montes@urjc.es



INTRODUCCIÓN/INTRODUCTION

La **anemia** es un trastorno en el que el número de **eritrocitos** es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo ^{1,2}

Las **causas** más comunes son las **deficiencias nutricionales**, enfermedades hereditarias (talasemia, anemia de células falciformes y deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa [G6PD]), hemorragias e infecciones ^{1,2,3}

La anemia sigue siendo un **problema endémico** de gran magnitud, se estima que la **prevalencia** de la anemia es del 9% en los países desarrollados y del **43%** en los países en **vías de desarrollo**^{4,5}, siendo esta desproporción más evidente en los grupos socioeconómicos bajos.³

En **África** se estima una prevalencia de anemia en los niños del **60%**, con una elevada tasa de morbilidad y mortalidad asociada. ⁴

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Identificar los casos de Anemia en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Regional de Bata respecto a edad, sexo, grado de anemia, estadía, tipo de egreso, procedencia y enfermedad asociada desde julio a diciembre de 2021.

MÉTODO/ METHOD

Estudio **observacional descriptivo transversal retrospectivo** en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos del Hospital Regional de Bata durante el periodo de julio a diciembre de 2021. La **muestra** de estudio han sido **100** pacientes ingresados y diagnosticados de **anemia** durante dicho periodo.

Herramienta de recogida de datos: ficha de recogida de datos, libro de registro e historias clínicas. Las **variables** de estudio fueron: edad, sexo, procedencia, estadía (tiempo de ingreso), grado de severidad de anemia, diagnóstico asociado y egreso (tipo de alta de la Unidad). **Consentimiento informado.** Análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS/ RESULTS

El **38 %** de los pacientes estaba en el rango de edad entre **1 y 12 meses**, y un 35% entre 1 y 4 años. El **58%** de los casos correspondían al **sexo femenino**.

El tipo de anemia predominante fue la anemia severa con un 61%. El 95% de los casos estaba ingresado en la UCI pediátrica de 1 a 6 días. Y en 85% de los casos, fueron trasladados a otro servicio.

El **85%** de los niños/as procedían de **zonas urbanas**. El **paludismo** fue la **enfermedad asociada** a la anemia en un **65%** de los casos.



Foto 1. Fachada principal del Servicio de UCI. Hospital Regional de Bata. Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Un % representativo de niños/as con anemia eran menores de 4 años, siendo más numeroso el sexo femenino y de procedencia urbana. El paludismo se ha encontrado en un porcentaje elevado asociado a los casos de anemia.

Sería recomendable implementar programas de **educación sanitaria** dirigidos a las madres para extremar las precauciones y evitar exposición en horas de salida y ocaso del sol, **detección precoz de signos y síntomas** para reducir la morbilidad asociada.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- (1) Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglob_in_es.pdf)
- (2) Narla A, Sandoval C. Resumen de las causas de la anemia en niños debido a la disminución de la producción de glóbulos rojos. En: UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 28 de Octubre de 2024)
- (3) Hailu BA. Mapping, trends, and factors associated with anemia among children aged under 5 y in East Africa. Nutrition. 2023 Dec;116:112202. doi: 10.1016/j.nut.2023.112202. Epub 2023 Aug 29. PMID: 37832168.
- (4) Lemoine A, Tounian P. Childhood anemia and iron deficiency in sub-Saharan Africa - risk factors and prevention: A review. Arch Pediatr. 2020 Nov;27(8):490-496. doi: 10.1016/j.arcped.2020.08.004. Epub 2020 Sep 16. PMID: 32950332
- (5) Yarlini Balarajan, Usha Ramakrishnan, Emre Özaltın, Anuraj H Shankar, SV Subramanian, Anemia en países de ingresos bajos y medios. Lancet, 378 (2011), págs. 2123-2135



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: “Póntelo, pónselo”. Utilización del preservativo masculino en adolescentes. Centro Educativo Eco del Futuro. Bata-Guinea Ecuatorial

AUTORES:

Edegedegue Ndong Aviri R. ⁽¹⁾ Hernández Olmedo P. ⁽²⁾ Andeme Ndong Andeme R. ⁽³⁾ ; Márquez Estrada M. ⁽⁴⁾; Ngui Mba P. ⁽⁵⁾ Jiménez Fernández R. ⁽⁶⁾

1. Regina Edegedegue Ndong Aviri. Licenciada en Enfermería. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional de Bata. Profesora. Facultad de ciencias de la salud. Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial.
2. Paloma Hernández Olmedo. Enfermera. Máster U. Cuidados Críticos. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid phernandezolmedo@gmail.com
3. Martín Márquez Estrada. Enfermero. Grado I Gineco-obstetricia. Hospital Regional de Bata
4. Rita Andeme Ndong Andeme. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
5. Paulina Ngui Mba. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial
6. Raquel Jiménez Fernández. Doctor en Enfermería. Facultad de ciencias de la salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. raquel.jimenez@urjc.es

RESUMEN

Introducción

La salud sexual en adolescentes es un tema crucial que afecta a millones de jóvenes en todo el mundo. Con una población juvenil en aumento, es esencial abordar los desafíos que enfrentan en términos de educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y acceso a métodos anticonceptivos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **cada año** se registran aproximadamente **1.5 millones de nuevas infecciones por VIH** entre jóvenes de 15 a 24 años.

Además, **muchos adolescentes carecen de información** básica **sobre métodos de barrera, fundamentales para reducir el riesgo de ETS y embarazos no deseados**. A nivel global, se estima que solo un 20% de los jóvenes tienen un conocimiento adecuado sobre su uso.

Según datos de la OMS, **Guinea Ecuatorial** tiene una **prevalencia del VIH entre adultos del 6,6%**, y aunque la tasa entre adolescentes es difícil de precisar, se estima que muchos jóvenes carecen de la educación necesaria para prevenir la infección. Además, el **conocimiento sobre métodos de barrera es insuficiente**; estudios han revelado que **menos del 30% de los adolescentes** tiene un **conocimiento adecuado** sobre el uso de preservativos. Afirmaciones que Esono Obama, E et al. describen también es sus investigaciones.



Ante estas evidencias cabe preguntarse, **¿Cómo es la utilización del condón masculino en adolescentes de la ciudad de Bata-Guinea Ecuatorial?**

Objetivos

1. Determinar el nivel de utilización del preservativo masculino en el grupo a estudio.
2. Evaluar el nivel de conocimiento a cerca del preservativo masculino
3. Determinar el uso del preservativo masculino según la edad y el sexo.
4. Identificar y describir el no uso del preservativo masculino.

Material y método:

Estudio con metodología cuantitativa observacional descriptivo de corte transversal.

Tamaño muestral: 187 estudiantes adolescentes matriculados en el año 2023 del 4° de ESBA, 1° de bachillerato y 2° de bachillerato. **Herramienta de recogida** de datos empleada: **3 cuestionarios elaborados por un grupo de expertos de respuesta cerrada.**

- El primero **evalúa los conocimientos** a cerca del preservativo masculino. Para ello deben contestar a 15 preguntas con 4 alternativas de respuesta.
- El segundo, **evalúa el nivel de utilización** que hace esta población de los preservativos masculinos. Responde a 12 preguntas cerradas.

El tercero recoge variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios

Consentimiento verbal.:

Análisis estadístico descriptivo en tablas y gráficos de frecuencia.

Resultados

Atendiendo al nivel de utilización del preservativo masculino: el **67.39% lo usa de manera incorrecta**

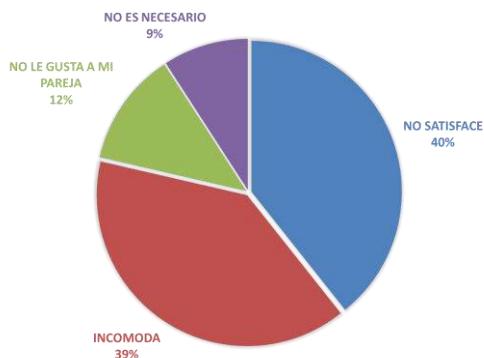
Atendiendo al nivel de conocimiento a cerca del uso del preservativo masculino: **el 85.56% tiene un nivel inadecuado**

Atendiendo a la utilización del condón masculino según la edad y el sexo:

Entre los 14-16 años: el 15% de los jóvenes manifiesta hacer uso del preservativo.

Entre los 17-19 años: el 40% de los jóvenes manifiesta hacer uso del preservativo

Atendiendo a los motivos para la NO utilización del preservativo:





Los adolescentes que tienen un nivel adecuado de conocimiento y un correcto uso del condón masculino representan un 32%, mientras que **los adolescentes que tienen un nivel inadecuado de conocimiento y un incorrecto uso del condón masculino representan el 70.91% de los encuestados.**

Conclusiones

La salud sexual en adolescentes en Guinea Ecuatorial presenta desafíos significativos y los resultados obtenidos con este estudio lo confirman.

La falta de programas de educación sexual integral, combinada con tabúes culturales y escasa disponibilidad de servicios de salud, contribuye a una alta incidencia de embarazos no deseados entre adolescentes, así como a un aumento en la transmisión de ETS. Por lo tanto, **es urgente implementar estrategias** que no solo **promuevan el conocimiento y el uso de métodos de prevención**, sino que también aborden las **barreras culturales y sociales** que impiden que los jóvenes accedan a la **información y los servicios necesarios** para una vida sexual saludable.

Referencias





XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

“Póntelo, pónselo”

Utilización del preservativo masculino en adolescentes.

Centro Educativo Eco del Futuro. Bata-Guinea Ecuatorial

Edegedegue Ndong Aviri R. ⁽¹⁾ Hernández Olmedo P. ⁽²⁾ Andeme Ndong Andeme R. ⁽³⁾ ; Márquez Estrada M. ⁽⁴⁾; Nguí Mba P. ⁽⁵⁾ Jiménez Fernández R. ⁽⁶⁾

^(1, 3,4,5) Hospital Regional de Bata. Facultad de Ciencias de la Salud. UNGE. Guinea Ecuatorial. ⁽²⁾ Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. phernadezolmedo@gmail.com

⁽⁶⁾ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN/INTRODUCTION

La salud sexual en adolescentes es un tema crucial que afecta a millones de jóvenes en todo el mundo. Con una población juvenil en aumento, es esencial abordar los desafíos que enfrentan en términos de educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y acceso a métodos anticonceptivos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **cada año se registran aproximadamente 1.5 millones de nuevas infecciones por VIH** entre jóvenes de 15 a 24 años.

Además, **muchos adolescentes carecen de información básica sobre métodos de barrera, fundamentales para reducir el riesgo de ETS y embarazos no deseados.** A nivel global, se estima que solo un 20% de los jóvenes tienen un conocimiento adecuado sobre su uso.

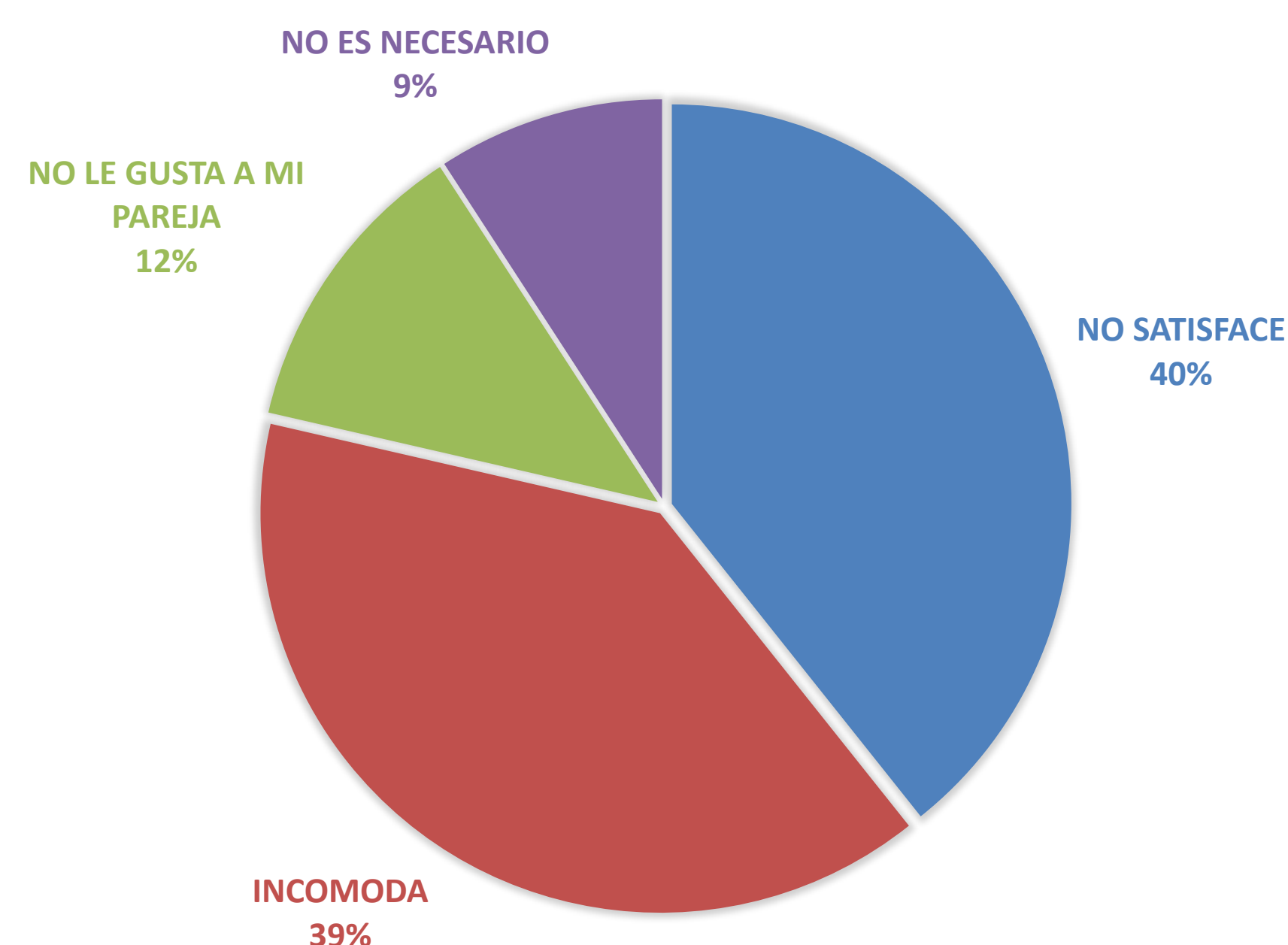
•Según datos de la OMS, **Guinea Ecuatorial tiene una prevalencia del VIH entre adultos del 6,6%**, y aunque la tasa entre adolescentes es difícil de precisar, se estima que muchos jóvenes carecen de la educación necesaria para prevenir la infección. Además, el **conocimiento sobre métodos de barrera es insuficiente**; estudios han revelado que **menos del 30% de los adolescentes** tiene un **conocimiento adecuado** sobre el uso de preservativos. Afirmaciones que Esono Obama, E et al. describen también es sus investigaciones.

•Ante estas evidencias cabe preguntarse, **¿Cómo es la utilización del condón masculino en adolescentes de la ciudad de Bata-Guinea Ecuatorial?**



RESULTADOS/ RESULTS

- Atendiendo al nivel de utilización del preservativo masculino: el **67.39% lo usa de manera incorrecta**
- Atendiendo al nivel de conocimiento a cerca del uso del preservativo masculino: el **85.56% tiene un nivel inadecuado**
- Atendiendo a la utilización del condón masculino según la edad y el sexo:
 - **Entre los 14-16 años: el 15%** de los jóvenes manifiesta hacer uso del preservativo.
 - **Entre los 17-19 años: el 40%** de los jóvenes manifiesta hacer uso del preservativo
- Atendiendo a los motivos para la NO utilización del preservativo:



Los adolescentes que tienen un nivel adecuado de conocimiento y un correcto uso del condón masculino representan un 32%, mientras que **los adolescentes que tienen un nivel inadecuado de conocimiento y un incorrecto uso del condón masculino representan el 70.91% de los encuestados.**

OBJETIVOS/OBJECTIVES

- Determinar el nivel de utilización del preservativo masculino en el grupo a estudio.
- Evaluar el nivel de conocimiento a cerca del preservativo masculino
- Determinar el uso del preservativo masculino según la edad y el sexo.
- Identificar y describir el no uso del preservativo masculino.

MÉTODO/ METHOD

Estudio con metodología cuantitativa observacional descriptivo de corte transversal.

Tamaño muestral: 187 estudiantes adolescentes matriculados en el año 2023 del 4º de ESBA, 1º de bachillerato y 2º de bachillerato.

Herramienta de recogida de datos empleada: 3 cuestionarios elaborados por un grupo de expertos de respuesta cerrada.

- El primero **evalúa los conocimientos** a cerca del preservativo masculino. Para ello deben contestar a 15 preguntas con 4 alternativas de respuesta.
- El segundo, **evalúa el nivel de utilización** que hace esta población de los preservativos masculinos. Responde a 12 preguntas cerradas.
- El tercero recoge variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios

Consentimiento verbal.:

Análisis estadístico descriptivo en tablas y gráficos de frecuencia.



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

La salud sexual en adolescentes en Guinea Ecuatorial presenta desafíos significativos y los resultados obtenidos con este estudio lo confirman.

La falta de programas de educación sexual integral, combinada con tabúes culturales y escasa disponibilidad de servicios de salud, contribuye a una alta incidencia de embarazos no deseados entre adolescentes, así como a un aumento en la transmisión de ETS. Por lo tanto, **es urgente implementar estrategias** que no solo **promuevan el conocimiento y el uso de métodos de prevención**, sino que también aborden las **barreras culturales y sociales** que impiden que los jóvenes accedan a la **información y los servicios necesarios** para una vida sexual saludable.

REFERENCIAS/ REFERENCES





XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: “Una Culpable Inocente”.

Comunicación familiar sobre la sexualidad en adolescentes embarazadas. Centro de Planificación Familiar. Hospital Regional de Bata. Agosto-septiembre 2024.

AUTORES: Efiri Ndumu Oye. A (1). Martínez Álvarez. A. (2) Nkogo Obama S.F. (3). Asangono Ndumu Oye. M. (4) Manga Miko Beto. S. (5). Corral Liria I. (6).

1. Amparo Efiri Ndumu Oye. Licenciada en Enfermería. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster Universitario en Investigación de Ciencias de la salud. Hospital Regional de Bata. Secretaria Académica. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial.
2. Ana Martínez Álvarez. Enfermera. Profesora asociada Universidad Rey Juan Carlos vinculada al Hospital Universitario de Móstoles. ana.martinez.alvarez@urjc.es
3. Severino Fructuoso Nkogo Obama. Licenciado en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial. Profesor. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Guinea Ecuatorial.
4. Magdalena Asangono Ndumu Oye. Matrona. Centro de Salud M^a Jesús Oyaregui. Bata. Guinea Ecuatorial.
5. Samuel Manga Miko Beto. Enfermero. Grado I. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
6. Inmaculada Corral Liria. Doctor en enfermería. Licenciada en Antropología. Facultad de ciencias de la salud. Universidad Rey Juan Carlos. inmaculada.corral.liria@urjc.es
- 7.

RESUMEN

Introducción

En la actualidad, se produce un **aumento en la precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil**, provocando un incremento de la incidencia de embarazos adolescentes, o que constituye un problema médico social multifactorial importante, esto involucra a la dimensión médica, socio cultural, psicológica, económica y académica que afecta a la adolescente, familia y sociedad.

Según la OMS, cada año **16 millones de jóvenes entre 15-19 años** y un millón de niñas menores 15 años dan a luz, y la mayoría en países de bajos y medianos recursos.

Los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado, en el que el estilo de vida y la falta de comunicación y dialogo con los familiares sobre todo los padres a cerca de una problemática importante como lo es su sexualidad, les envuelve en el estrés.



Por lo que se considera que es importante **reflexionar sobre el tipo de comunicación** y la relación que los adolescentes tienen con sus padres y/o la familia

Objetivos

General:

-Conocer cómo influye la comunicación familiar en el contexto del embarazo de una adolescente a través del análisis del discurso.

Específicos:

-Explorar si recibieron información sobre la sexualidad de sus padres y/o familiares o no

-Identificar las primeras fuentes de información sobre la sexualidad que tienen las adolescentes embarazadas

Material y método:

Estudio con metodología cuali.-cuantitativa, descriptivo prospectivo.

El tamaño muestral: 47 adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal en el periodo de estudio: Agosto- Septiembre 2024. Criterios de inclusión: mujeres embarazadas adolescentes que acudieron solas al centro y mujeres embarazadas que acudieron al centro por otros motivos.

Muestreo intencional, en bola de nieve

Herramienta de recogida de datos: Entrevista semiestructurada con guion de entrevista, preguntas abiertas, a las adolescentes embarazadas. Cuestionario de preguntas cerradas.

Consideraciones éticas: se informó a los acompañantes y a las mismas sobre los objetivos de las entrevistas, así como los del estudio, no se recogieron datos que permitieran su identificación.

Categorías de análisis: información recibida, fuente de información

Resultados

EDAD	TOTAL	%	Fuente de información	TOTAL	%
			Amigos/as	32	68,08
12-14 años	10	21,27	Internet	11	23,40
15-17 años	20	42,56	Medios informativos	1	2,12
18-19 años	17	36,17	Escuela	3	6,38
Total	47	100	Total	47	99,98



INFORMACIÓN recibida por parte de los padres	TOTAL	%
SI	8	17,02
NO	39	82,97
Total	47	99,99

Conclusiones

Se ha identificado un porcentaje muy elevado de adolescentes embarazadas que no recibieron información sobre la sexualidad de sus familiares/padres. La fuente de información más utilizada fue la de los amigos/as. Destacar cifras cercanas al 22% de embarazos en edades tempranas 12-14 años. Sería recomendable incidir en programas de planificación familiar conjuntos: madres/padres/jóvenes para dotar de herramientas de prevención de embarazos en la edad adolescente, dadas las complicaciones y la morbi-mortalidad de las niñas en esta etapa, incidir en familias desestructuradas y con bajos recursos

Referencias

- García ACU, Bracho JRG, Díaz JE, Noroña TMH, Alcivar FRG, Paredes MHG, et al. Embarazo en la adolescencia: ¿La nueva “epidemia” de los países en desarrollo? AVFT [Internet]. 2019 [citado el 23 de octubre de 2024];38(3). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16823.
- 2.Molina GAM, Pena ORA, Díaz ACE, et al. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2019;45(2):1-21.
- 3.Chacón OD, Cortes AA, Álvarez GAG, et al. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015;41(1):.
- 4.Cortes Alfaro, Alba; Chacon O’farril, Damarys; Álvarez García, Ana Gloria;Sotonavarro Gómez, Yoslan. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2015, vol.31, n.3, pp. 0-0. ISSN 1561-3038.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

“Una Culpable Inocente”.

Comunicación familiar sobre la sexualidad en adolescentes embarazadas. Centro de Planificación Familiar. Hospital Regional de Bata. Agosto-septiembre 2024.

Efiri Ndumu Oye. A. (1), Martínez Álvarez. A. (2), Nkogo Obama S.F. (3), Asangono Ndumu Oye. M. (4), Manga Miko Beto. S. (5), Corral Liria I. (6).

(1,3,4,5) Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial. (2) Profesora asociada URJC. Hospital Universitario de Móstoles. España. (6) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. ana.martinez.alvarez@urjc.es

INTRODUCCIÓN/INTRODUCTION

En la actualidad, se produce un **aumento en la precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil**, provocando un incremento de la incidencia de embarazos adolescentes, o que constituye un problema médico social multifactorial importante, esto involucra a la dimensión médica, socio cultural, psicológica, económica y académica que afecta a la adolescente, familia y sociedad.

Según la OMS, cada año **16 millones de jóvenes entre 15-19 años** y un millón de niñas menores 15 años dan a luz, y la mayoría en países de bajos y medianos recursos.

Los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado, en el que el estilo de vida y la falta de comunicación y dialogo con los familiares sobre todo los padres a cerca de una problemática importante como lo es su sexualidad, les envuelve en el estrés.

Por lo que se considera que es importante **reflexionar sobre el tipo de comunicación** y la relación que los adolescentes tienen con sus padres y/o la familia.

OBJETIVOS/ OBJETIVES

General:

-Conocer cómo influye la comunicación familiar en el contexto del embarazo de una adolescente a través del análisis del discurso.

Específicos:

- Explorar si recibieron información sobre la sexualidad de sus padres y/o familiares o no
- Identificar las primeras fuentes de información sobre la sexualidad que tienen las adolescentes embarazadas

MÉTODO/ METHOD

Estudio con metodología cuali.-cuantitativa, descriptivo prospectivo.

El tamaño muestral: 47 adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal en el periodo de estudio: Agosto- Septiembre 2024. Criterios de inclusión: mujeres embarazadas adolescentes que acudieron solas al centro y mujeres embarazadas que acudieron al centro por otros motivos.

Muestreo intencional, en bola de nieve

Herramienta de recogida de datos: **Entrevista semiestructurada** con guion de entrevista, preguntas abiertas, a las adolescentes embarazadas. **Cuestionario** de preguntas cerradas.

Consideraciones éticas: se informó a los acompañantes y a las mismas sobre los objetivos de las entrevistas, así como los del estudio, no se recogieron datos que permitieran su identificación.

Categorías de análisis: información recibida, fuente de información

RESULTADOS/ RESULTS

Tabla y gráfico I: Distribución según edad de las entrevistadas:

EDAD	TOTAL	%
12-14 años	10	21,27
15-17 años	20	42,56
18-19 años	17	36,17
Total	47	100

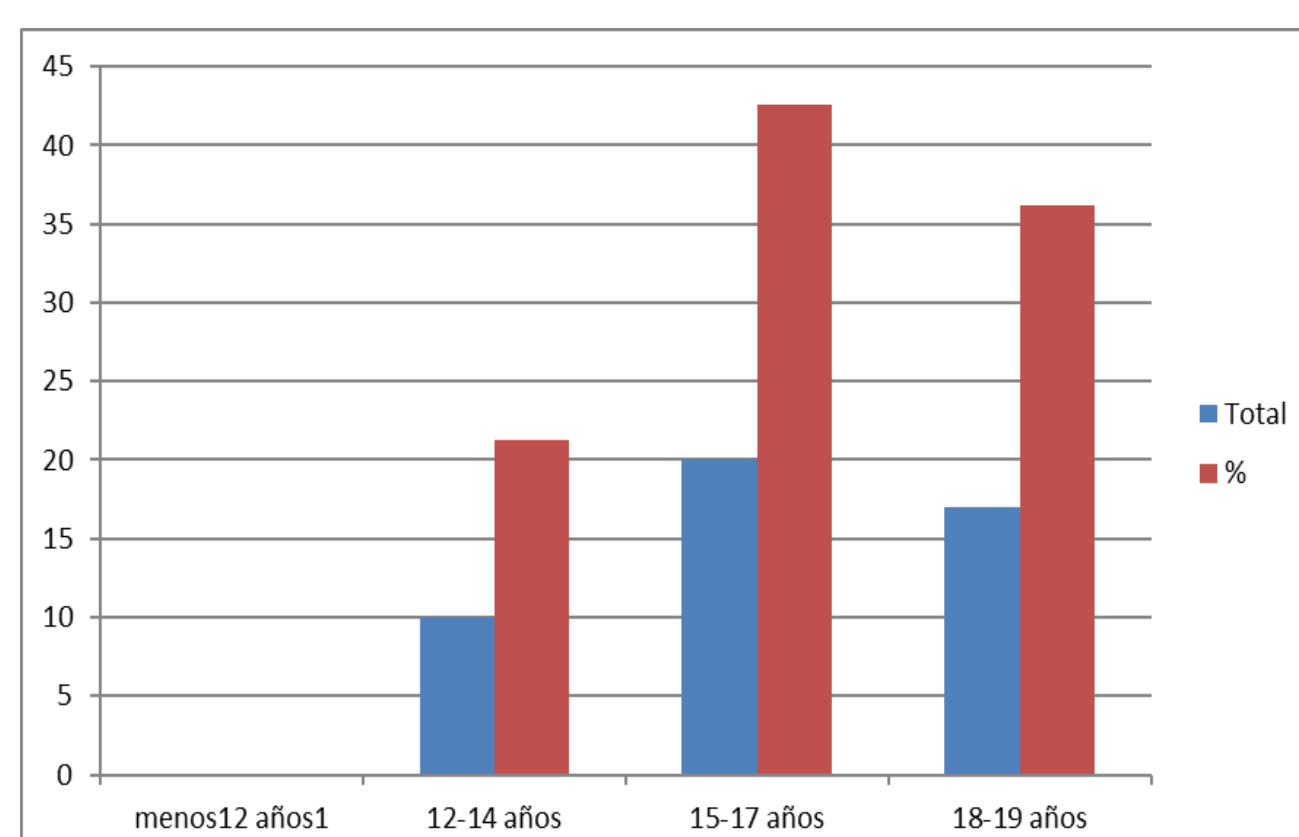


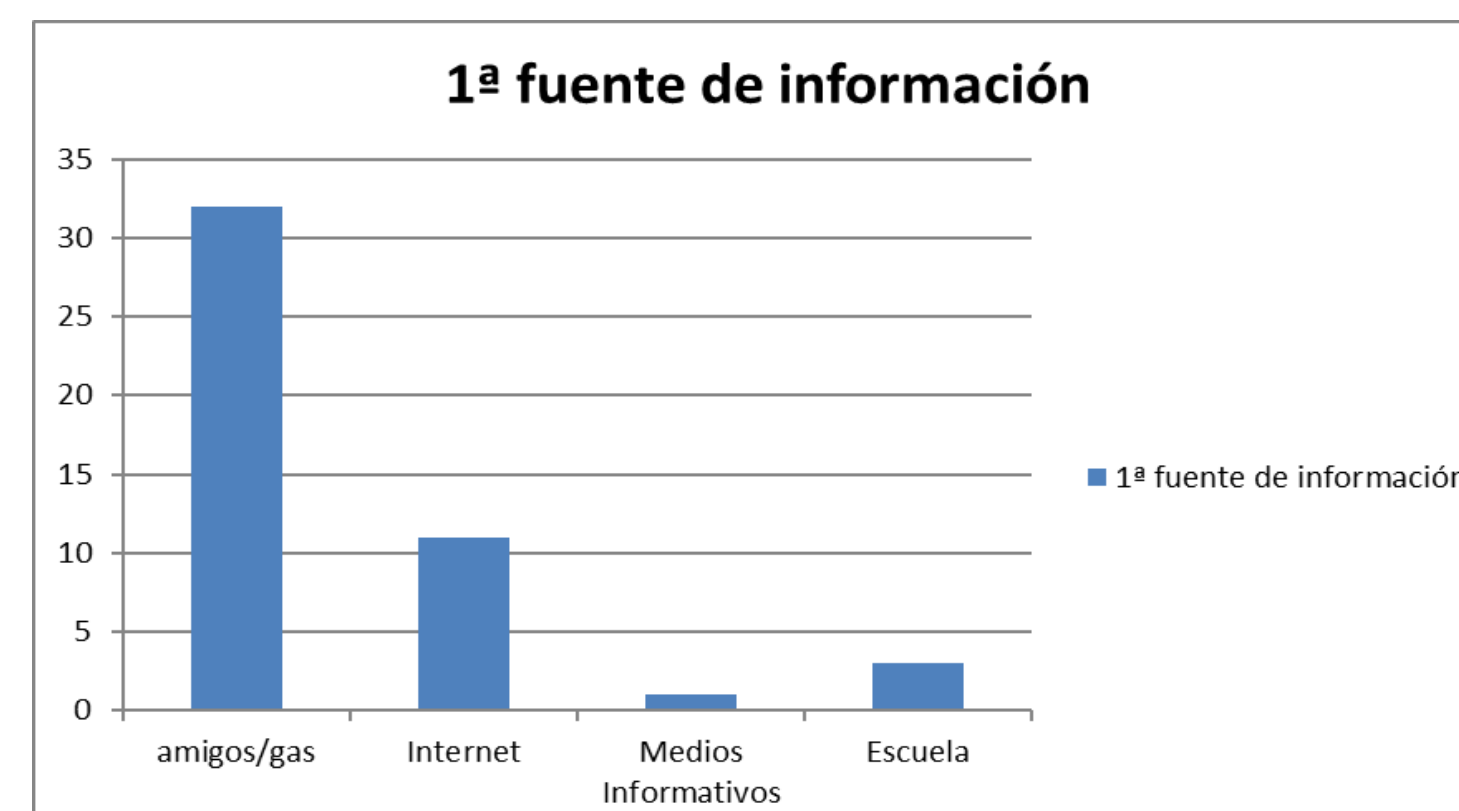
Tabla y gráfico II: Información recibida por parte de los padres

INFORMACIÓN recibida por parte de los padres	TOTAL	%
SI	8	17,02
NO	39	82,97
Total	47	99,99



Tabla y gráfico III: Primera fuente de información que tuvo sobre sexualidad:

Fuente de información	TOTAL	%
Amigos/as	32	68,08
Internet	11	23,40
Medios informativos	1	2,12
Escuela	3	6,38
Total	47	99,98



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Se ha identificado un porcentaje muy elevado de adolescentes embarazadas que no recibieron información sobre la sexualidad de sus familiares/padres. La fuente de información más utilizada fueron la los amigos/as. Cifras cercanas al 22% de embarazos en edades tempranas 12-14 años. Sería recomendable incidir en programas de planificación familiar conjuntos: madres/padres/jóvenes para dotar de herramientas de prevención de embarazos en la edad adolescente, dadas las complicaciones y la morbi-mortalidad de las niñas en esta etapa, incidir en familias desestructuradas y con bajos recursos

REFERENCIAS/ REFERENCES

- 1.García ACU, Bracho JRG, Díaz JE, Noroña TMH, Alcivar FRG, Paredes MHG, et al. Embarazo en la adolescencia: ¿La nueva “epidemia” de los países en desarrollo? AVFT [Internet]. 2019 [citado el 23 de octubre de 2024];38(3). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/16823.
- 2.Molina GAM, Pena ORA, Díaz ACE, et al. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2019;45(2):1-21.
- 3.Chacón OD, Cortes AA, Álvarez GAG, et al. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015;41(1):.
- 4.Cortes Alfaro, Alba; Chacon O'farril, Damarys; Álvarez García, Ana Gloria; Sotomayor Gómez, Yoslan. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2015, vol.31, n.3, pp. 0-0. ISSN 1561-3038.

XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Incidencia de Micosis (Tiñas) en la cabeza del niño/a en el Centro escolar Santa Tomasa. Bata. Guinea Ecuatorial

Autores, Centro de Trabajo, email.

1. Maribel Avomo Ondó Angue. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial
2. Iván Hernán Saiz. Enfermero. Profesor Asociado Universidad Rey Juan Carlos, vinculado al Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ivan.hernan@urjc.es
3. M^a Africa Engonga Oñana Akele. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial
4. Ramón Nfa Nguema Mifumu. Licenciado en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
5. Fabiola Okomo Mabale. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial
6. Inmaculada Corral Liria. Doctor en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. inmaculada.corral.liria@urjc.es
- 7.

Palabras clave: África, micosis, cuero cabelludo, niños

RESUMEN

Introducción

Las dermatofitosis (tiñas) son infecciones micóticas de la queratina de la piel, uñas, inglés y cuero cabelludo. Manifestándose en tres tipos, profundas, intermedias y superficiales, siendo esta la más frecuente en África. Los factores de riesgo principales son humedad, falta de higiene, obesidad y diabetes. La transmisión sucede por contacto directo con personas o animales (mascotas) infectados, mala limpieza de las máquinas para cortar el cabello y espacios contaminados como las duchas.

Objetivo

Objetivo general:

Determinar la incidencia de micosis en la cabeza del niño en el centro escolar Santa Tomasa y su prevención.

Objetivos específicos:

Identificar grupos de contagio según edad y sexo

Identificar principales factores de riesgo.

Determinar medidas preventivas y de tratamiento correcto.

Metodología

Diseño: Estudio prospectivo observacional. Obteniendo los datos de mayo a julio 2024. Tamaño muestral: 158 alumnos/as entre 3 y 14 años. Participando el total del estudiantado de preescolar y primaria del centro escolar Santa Tomasa de Bata (Guinea Ecuatorial). Los datos fueron recogidos con una ficha de elaboración propia, considerando las variables de edad, sexo y conocimiento. Fueron excluidos todos los alumnos que cursaron ESBA. Consentimiento informado padres. Análisis descriptivo de tablas y frecuencias.

Resultados

Del total de la muestra (n=158), 86 niños/as presentan infección en el cuero cabelludo, suponiendo el 54,43%, y de ellos 72 eran niñas, representando el 83,72%.

La mayor incidencia de casos se manifestó en el grupo de edad entre 11 y 14 años, siendo 55 alumnos los afectados, el 34,81% del total y 29 niñas, representando el 18,35%. Como grupo de menor incidencia destacan también el de chicas, pero de 3 a 6 años, con un porcentaje del 5,06%.

El factor de riesgo más destacado fue la humedad con un 59,49%, seguido de falta de higiene, 27,85%, obesidad, 8,23% y diabetes con 4,43%.

Conclusiones

La incidencia de niños/as con micosis en el cuero cabelludo en el centro escolar de Santa Tomasa, en Bata, Guinea, alcanzó su máximo número en los grupos de edad de 11 a 14, predominando más en las chicas (sexo-mujer) y cómo menor número de casos destaca el grupo de 3 a 6 años, con un porcentaje del 5,06%, también del mismo sexo. Como medidas preventivas destacan una política contra el analfabetismo, actividades dirigidas a la reducción de la transmisión y propagación de hongos, así como la rápida intervención en los casos de contagio. Implementar sesiones de educación para la salud y su concienciación y mejora en la higiene de la piel, corte de uñas, del pelo, uso de zapatillas secas y limpias y aplicación correcta del tratamiento.

TÍTULO/ TITLE. **Incidencia de Micosis (Tiñas) en la cabeza del niño/a en el Centro escolar Santa Tomasa. Bata (Guinea Ecuatorial)**

Avomo Ondo Angue M. ⁽¹⁾ Hernan Saiz I. ⁽²⁾ Engonga Oñana Akele M.A. ⁽³⁾ Nfa Nguema Mifumu R. ⁽⁴⁾ Okomo Mabale F. ⁽⁵⁾ Corral Liria I ⁽⁶⁾
(1,3,4,5) Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial. (2,6) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. España
Ivan.hernan@urjc.es

INTRODUCCION/ INTRODUCTION

Las **dermatofitosis** (tiñas) son infecciones micóticas de la queratina de la piel, uñas, inglés y cuero cabelludo. Manifestándose en tres tipos, profundas, intermedias y superficiales, siendo esta la más frecuente en África. Los factores de riesgo principales son humedad, falta de higiene, obesidad y diabetes. La transmisión de estos agentes fúngicos sucede por contacto directo con personas o animales como mascotas infectadas, mala limpieza de las máquinas para cortar el cabello y espacios contaminados como las duchas.



MÉTODO/ METHOD

Diseño: Estudio prospectivo observacional. Obteniendo los datos de mayo a julio 2024. Tamaño muestral: 158 alumnos/as entre 3 y 14 años. Participando el total del estudiantado de preescolar y primaria del centro escolar Santa Tomasa de Bata (Guinea Ecuatorial). Los datos fueron recogidos con una ficha de elaboración propia, considerando las variables de edad, sexo y conocimiento. Fueron excluidos todos los alumnos que cursaron ESBA. Consentimiento informado padres. Análisis descriptivo de tablas y frecuencias.

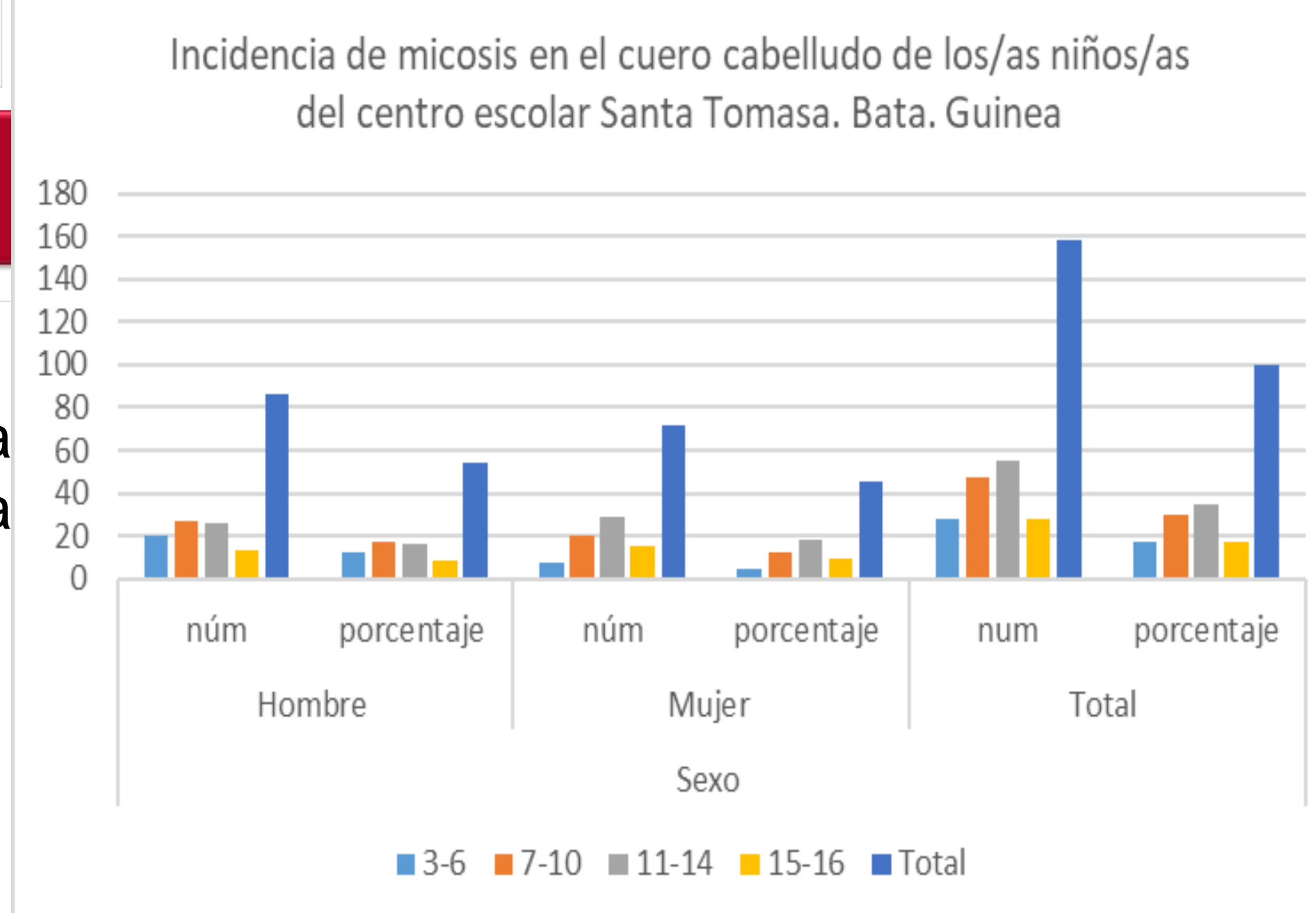
OBJETIVOS/ OBJETIVES

Objetivo general:

Determinar la **incidencia de micosis** en la cabeza del niño en el centro escolar Santa Tomasa y su prevención.

Objetivos específicos:

Identificar grupos de contagio según **edad y sexo**
Identificar principales factores de riesgo.
Determinar **medidas preventivas** y de tratamiento correcto.



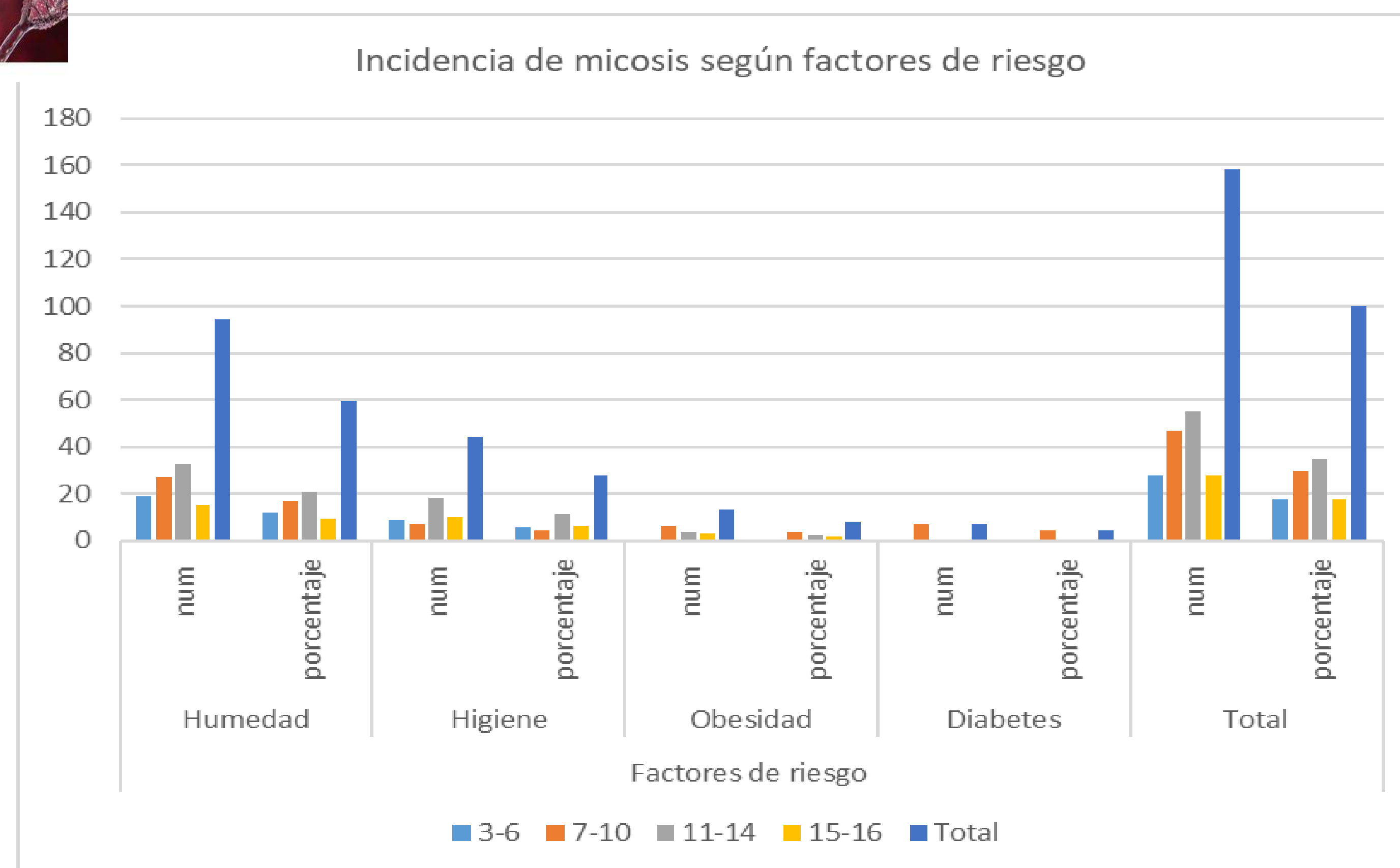
Medidas de prevención



- Implementar una política de lucha contra el analfabetismo
- Implementar actividades para la reducción de la transmisión y propagación de hongos
- Implantar charlas de educación para la salud
- Concienciación y mejora en la higiene de la piel,

RESULTADOS/ RESULTS

- Del total de la muestra (**n=158**), 86 niños/as presentan infección en el cuero cabelludo, suponiendo el 54,43%, y de ellos 72 eran niñas, representando el 83,72%.
- La mayor incidencia de casos se manifestó en el grupo de edad entre **11 y 14 años**, siendo 55 alumnos los afectados, el 34,81% del total y 29 niñas, representando el 18,35%. Como grupo de menor incidencia destacan también el de chicas, pero de 3 a 6 años, con un porcentaje del 5,06%.
- El **factor de riesgo** más destacado fue la **humedad** con un 59,49%, seguido de falta de higiene, 27,85%, **obesidad, 8,23%** y diabetes con 4,43%.



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

La incidencia de niños/as con micosis en el cuero cabelludo alcanzó su máximo número en los grupos de edad de 11 a 14 años, predominando más en las niñas y como menor número de casos destaca el grupo de 3 a 6 años, con un porcentaje del 5,06%, también del mismo sexo. Como **medidas preventivas** destacan una política contra el analfabetismo, actividades dirigidas a la reducción de la transmisión y propagación de hongos, así como la rápida intervención en los casos de contagio. Implementar sesiones de **educación para la salud** y su concienciación y mejora en la **higiene de la piel**, corte de uñas, del pelo, uso de zapatillas secas y limpias y aplicación correcta del tratamiento.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Messina F, Walker L, Romero MM, Arechavala AI, Negroni R, Depardo R, et al. *Tinea capitis: aspectos clínicos y alternativas terapéuticas*. Revista Argentina de Microbiología. 2021; 53: 309-313. <https://doi.org/10.1016/j.ram.2021.01.004>
- Arribi A, Guerra Tapia A, Montesano L, Del Palacio A, Valverde J, Gómez E. Tinea capitis de importación en un niño guineano. Actas Dermosifiliográficas. 1998; 89: 125-127
- Sterling NA, Rincón DA, Barrera S, Sánchez EA, Molina DY, Urán ME, et al. Brote de tinea capitis y otras micosis superficiales en una comunidad urbana de Medellín. Revista del Instituto Nacional de Salud Biomédica. 2023; 43 (1): 245-254. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6900>
- Martínez Campayo N, Rego Campuzano I, González de Aledo M, Arévalo Bermúdez MP, Fernández Torres RM, Fonseca E. Nuevos hallazgos epidemiológicos en la tinea capitis antropópila, un estudio de una serie de casos en el noreste de España. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2022; 113: T74-T77. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.11.024>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TÍTULO: Factores relacionados con el manejo de los accesos vasculares periféricos en el servicio de pediatría del Hospital Universitario Regional de Bata

Autor/es: Graciano Ondo Mangué¹, Sara González Martín², Antonio Abeso Nchama¹, Salvador Bakale Mikue¹

Centro de Trabajo: 1. Servicio de pediatría. Hospital Universitario Regional de Bata. 2. Departamento de enfermería y estomatología. Universidad Rey Juan Carlos

Mail de todos los autores: sara.gonzalez@urjc.es

Resumen:

INTRODUCCIÓN: El uso de los accesos vasculares periféricos, sobre todo venosos, está generalizado en la asistencia sanitaria. La detección de deficiencias en el conocimiento y manejo de los accesos vasculares es fundamental para una atención de calidad basada en la seguridad del paciente.

OBJETIVOS: Como objetivo principal se plantea identificar las causas relacionadas con la calidad en el manejo de los accesos vasculares periféricos. En cuanto a los objetivos secundarios, planteamos evaluar los conocimientos del personal de enfermería, evaluar la dotación de recursos materiales e identificar el grado de colaboración de los padres y madres de los niños y niñas en el cuidado del acceso vascular periférico.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo observacional transversal desde diciembre de 2021 hasta enero de 2022. Se realizó un cuestionario autoadministrado al personal de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Universitario Regional de Bata. Los criterios de inclusión fueron profesionales de enfermería activos en el periodo de estudio. Como criterios de exclusión se fijaron el pertenecer al personal médico, personal de seguridad o profesionales de otros servicios.

RESULTADOS: el estudio contó con un total de 15 profesionales de enfermería. La categoría profesional de estos participantes fueron auxiliares mayoritariamente (33,33%), seguidos de licenciados (26,67%), diplomados universitarios de enfermería (DUE) (26,67%) y ayudantes técnicos sanitarios (ATS) (13,33%). Al preguntar sobre la calidad de la formación recibida sobre accesos periféricos, el 46,6% considera sus conocimientos deficientes, el 26,6% inadecuados y sólo el 26,6% considera adecuados sus conocimientos. En el caso del material disponible en la unidad, el 73,3% identifica el material como inadecuado frente al 26,6%. Preguntados por la colaboración de los familiares en el cuidado del acceso vascular, el 80% de los profesionales cree que no recibe una colaboración adecuada frente al 20%.

CONCLUSIONES: el personal mayoritario en la unidad eran auxiliares con deficientes conocimientos en accesos vasculares periféricos. Se necesita una mayor dotación de material adecuado a las necesidades del paciente. Es necesario aumentar la colaboración de la familia en el cuidado del acceso venoso.

Palabras clave: dispositivos de acceso vascular, atención de enfermería, calidad de atención de salud, vascular access devices, nursing care, quality of health care

FACTORES RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LOS ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE BATA

Ondo Mangué G.¹, González Martín S.², Abeso Nchama A.¹, Bakale Mikue S.¹.

1. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Regional de Bata. Guinea Ecuatorial
2. Departamento de enfermería y estomatología. Universidad Rey Juan Carlos. España.
Correspondencia: sara.gonzalez@urjc.es

OBJETIVOS/ OBJETIVES

GENERAL

- Identificar las causas relacionadas con la calidad en el manejo de los accesos vasculares periféricos

ESPECÍFICOS

- Evaluar los conocimientos del personal de enfermería
- Evaluar la dotación de recursos materiales
- Identificar el grado de colaboración de los padres y madres de los niños y niñas en el cuidado del acceso vascular periférico

RESULTADOS/ RESULTS

De los 15 profesionales de enfermería participantes, el 33,33% eran auxiliares, seguidos de licenciados y diplomados (26,67% respectivamente) y ATS (13,33%) (gráfico 1)

Al preguntar sobre la calidad de la formación recibida sobre accesos periféricos, el 46,6% los considera deficientes, el 26,7% inadecuados, y sólo el 26,7% identifica su formación como adecuada (gráfico 2)

En cuanto a la dotación del material, el 73,3% considera que es inadecuado frente al 26,6%.

Sobre la colaboración por parte de las familias, el 80% considera que no recibe una colaboración adecuada de los padres y madres frente a un 20% que lo valora como adecuado.

MÉTODO/ METHOD

Estudio descriptivo observacional transversal desde diciembre de 2021 a enero de 2022.

- **Tamaño muestral:** 15 profesionales de enfermería
- **Herramienta de recogida de datos:** cuestionario autoadministrado
- **Ámbito:** Servicio de pediatría del Hospital Universitario Regional de Bata (Guinea Ecuatorial)
- **Criterios inclusión:** profesionales de enfermería activos en el periodo de estudio
- **Criterios de exclusión:** personal médico, personal de seguridad y otros servicios

Gráficos y tablas / Graphs AND Tables

Gráfico 1: Distribución del personal de pediatría por categoría profesional (en %)

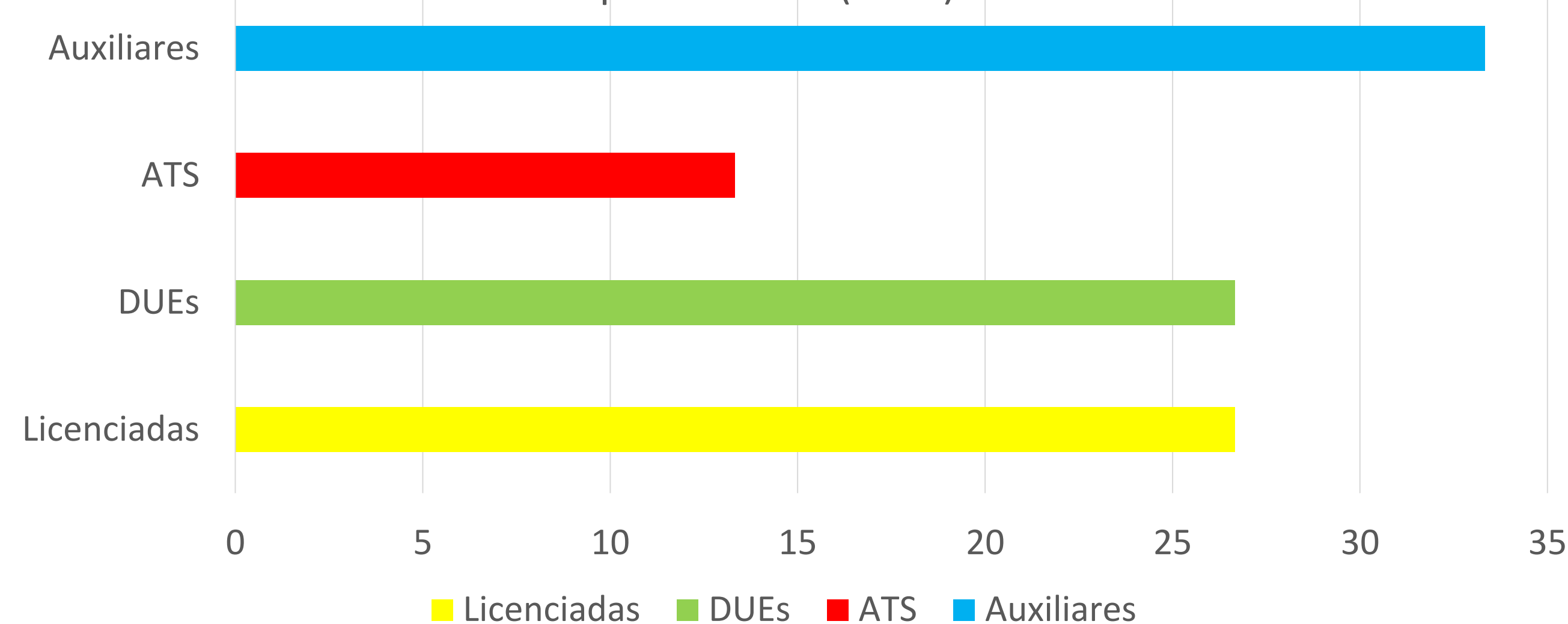
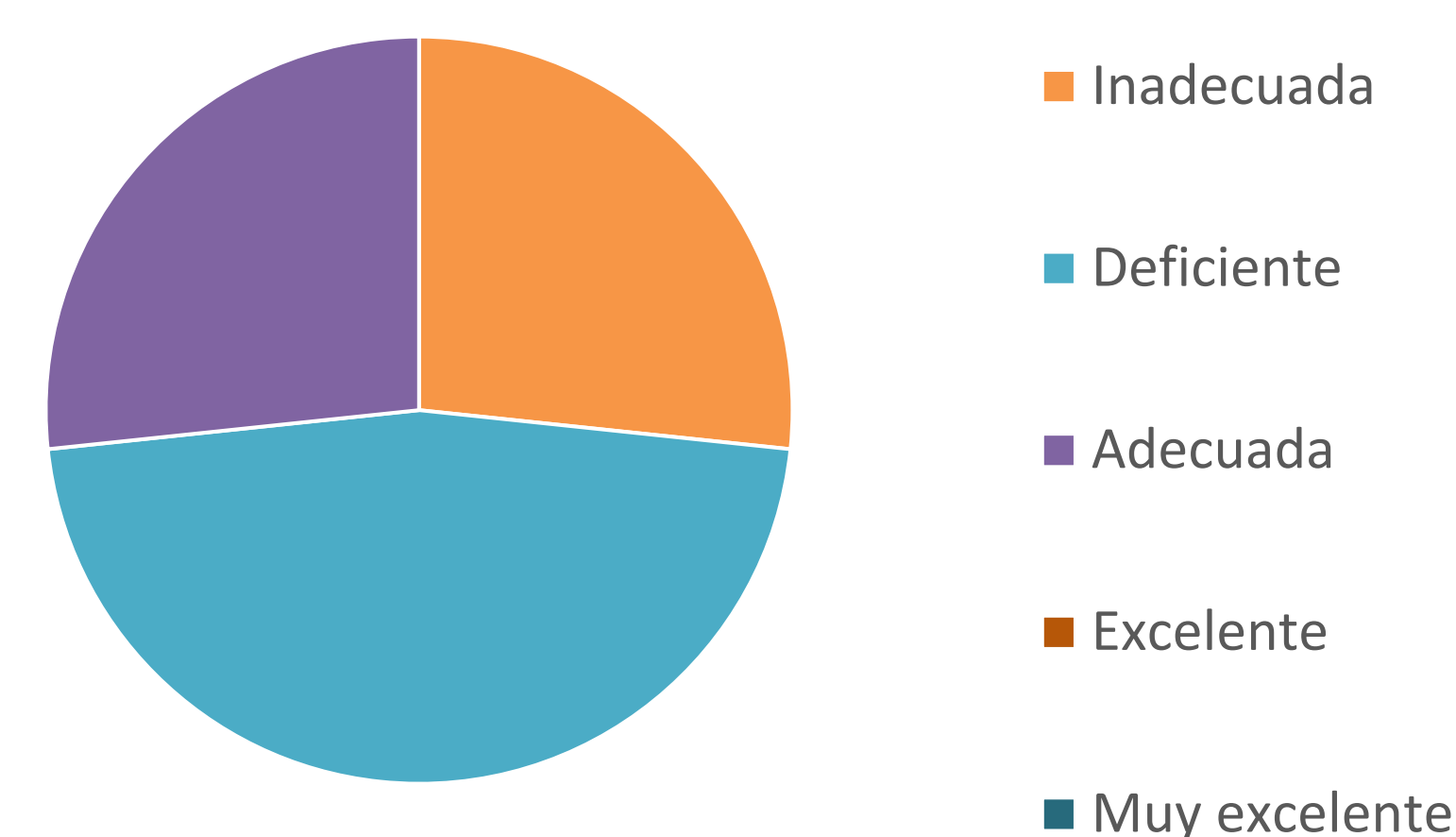


Gráfico 2: formación percibida según el personal enfermero



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

El personal mayoritario en la unidad de pediatría eran auxiliares con deficientes conocimientos en accesos vasculares periféricos. Se necesita una mayor dotación de material adecuado a las necesidades del paciente. Es necesario aumentar la colaboración de la familia en el cuidado del acceso venoso.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Hadaway L. Short peripheral intravenous catheters and infections. *J Nurs Infus* 2012; 35 (4):230-40
- Infusion Nurses Society. *Infusion Nursing Standard of Practice*. J Infus Nurs. 2016.
- Gorski, L. A., Hadaway, L., Hagle, M. E., Broadhurst, D., Clare, S., Kleidon, T., Meyer, B. M., Nickel, B., Rowley, S., Sharpe, E., & Alexander, M. (2021). *Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition*. *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society*, 44(1S Suppl 1), S1–S224. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000396>
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, Lipsett PA, Masur H, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph AD, Rupp ME, Saint S, the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 52, Issue 9, 1 May 2011, Pages e162–e193, <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>
- Registered Nurses' Association of Ontario. *Vascular Access*. Toronto, ON. Second Edition. 2021. Disponible en: <http://www.rnao.ca>.
- Standards for infusion therapy. Fourth edition - Royal College of Nursing 2016.



CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

SEGUIMIENTO DEL ESTADO VACUNAL DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor/es: Gonzalez F., Pratedsava J., Ortiz N., Ramirez R.

Centro de Trabajo: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Servicio de Prevención y Salud Laboral)

Mail : fgonzalezcu@santpau.cat, jpratdesava@santpau.cat, nortiz@santpau.cat, rramirezcu@santpau.cat.



OBJETIVOS/ OBJETIVES

Conocer el estado inmunitario de los estudiantes y ofrecer una pauta vacunal individualizada, es una herramienta necesaria para protegerlos ante el riesgo biológico, así como a terceras personas con las que pueda contactar durante su actividad.

Describir el estado vacunal de los estudiantes de enfermería, desde el Servicio de Salud Laboral, previo a las prácticas y poder evaluar la necesidad de revacunación de Hepatitis B (VHB).

RESULTADOS/ RESULTS

Se incluyeron 270 estudiantes, 85,2% mujeres. El porcentaje de vacunación fue: Tétanos-Difteria 93,7%, Triple vírica 95,2%, Poliomeilitis 89,2%, Hepatitis A 84,8% y Hepatitis B 94,1%. Un 70% refirieron haber pasado la Varicela y un 27,5% estaban vacunados.

En el 57,8% de los controles serológicos de vacunación de VHB no se detectó inmunidad, requiriendo una dosis de refuerzo en un 56,7%. Y de éstos, en el 55,2% se detectó inmunidad y el resto requirió completar la segunda pauta vacunal para positivizar los anticuerpos frente al VHB.

MÉTODO/ METHOD

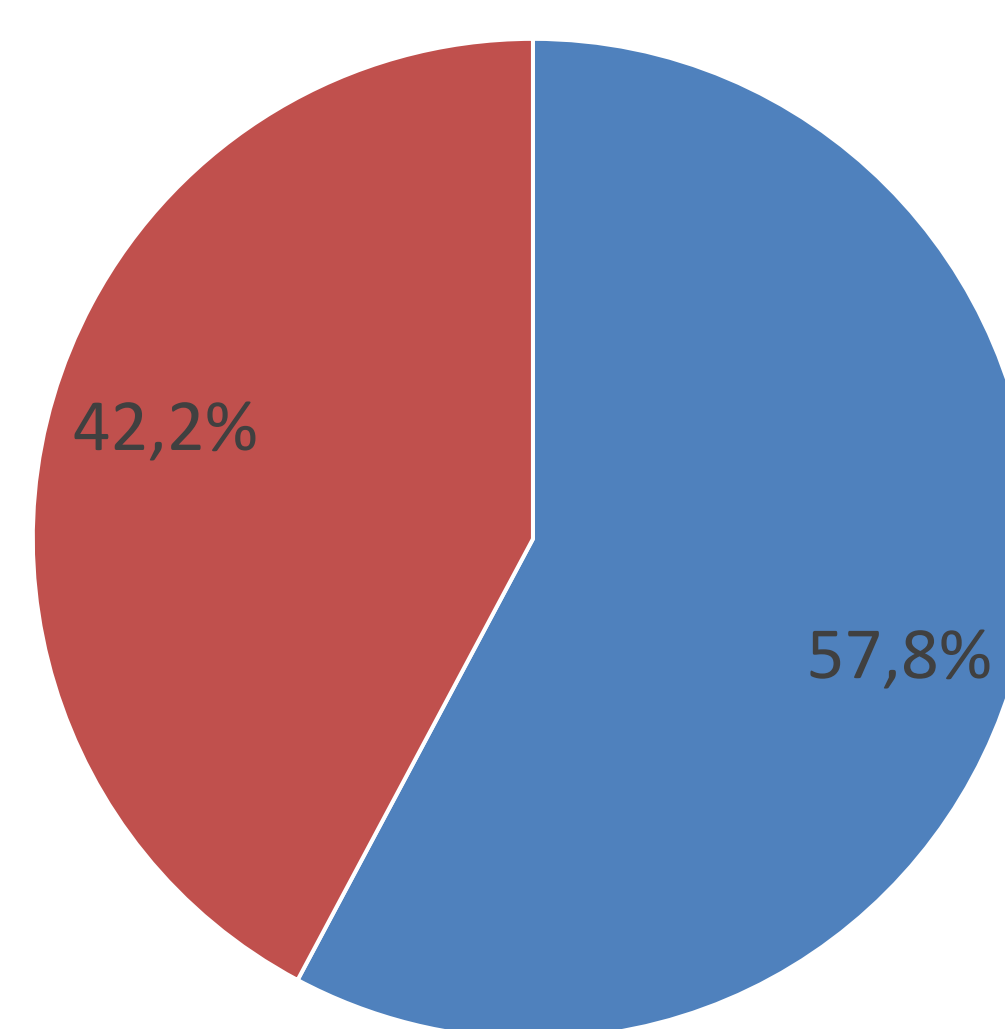
Estudio observacional descriptivo prospectivo durante los años 2020 a 2022 sobre la vacunación y nivel serológico de anticuerpos de hepatitis B y vacunas no documentadas de los estudiantes de primer año de la escuela de enfermería de Sant Pau (EUI Sant Pau). Se excluyen aquellos estudiantes repetidores o con traslado de su expediente desde otro Centro Universitario.

El registro de datos se realiza en una base de datos pseudoanonimizada y el análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS v29.

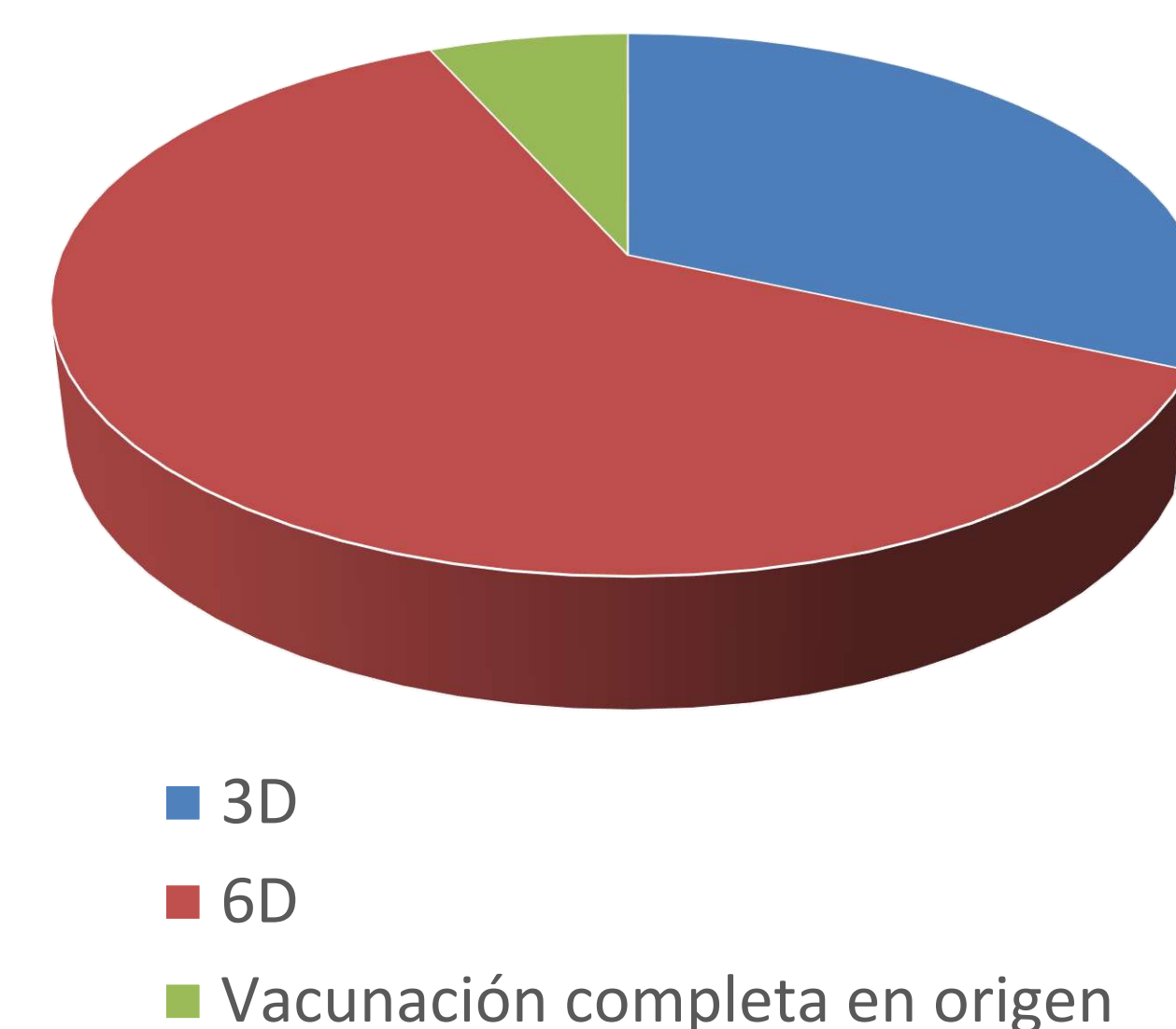
La variable principal fue el estado vacunal. También se contemplaron el sexo, antecedentes de varicela, estado vacunal, dosis administradas, estado serológico VHB y dosis de refuerzo.



ANTIHBS BASAL



VACUNACIÓN VHB 3º/6ª D



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

La mayoría de los estudiantes aportan la documentación según el calendario sistemático de vacunación.

El 50% de los controles serológicos de VHB (hepatitis B) son negativos, por lo que no se puede determinar el nivel de protección de la vacuna.

La administración de una dosis de recuerdo de VHB o completar la segunda pauta de vacunación consigue el 100% de inmunización.

REFERENCIAS/ REFERENCES

SNS (7 Noviembre 2024). Portal estadístico SIVAMIN Cobertura de Vacunación. Recuperado el 7 de noviembre de 2024, de <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/1/sivamin/sivamin>

Gir, E., Netto, J. C., Malaguti, S. E., da Silva Canini, S. R. M., Hayashida, M., & Machado, A. A. (2008). Accidente con material biológico y la vacunación contra la hepatitis B en estudiantes del área de la salud. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 16(3).

<https://www.scielo.br/rlae/a/D78pWSKcp8Y4hHjzHvy4DtK/?format=pdf&lang=es>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

“EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PROMOCION DE SALUD ESCOLAR”

Prof. Dr. Jesus Antonio Sáez Crespo. MD, PhD, MPH & MBA.
Presidente de la Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria
Presidente de la Asociación Iberoamericana de Salud Escolar

Prof. Dr. Hernán Málaga. Phd,
Doctor Honoris Causa
Presidente Comunidades Saludables de Lima
Representante de la OPS en Colombia, Venezuela y Paraguay
Profesor de Salud Pública de la Escuela de Ciencias Veterinarias
Universidad Ricardo Palma-Facultad de Ciencias Biológicas

INTRODUCCION

I. CONCEPTO DE EVALUACIÓN

II. TIPOS DE EVALUACIÓN

2.1. Tipos de Evaluación según el Nivel de Planificación

Evaluación normativa, estratégica o política (*comprehensive planning*)

Evaluación táctica, estructural o del programa

Evaluación operativa

2.2. Tipos de Evaluación según el Propósito de la Evaluación del Programa.

2.3. Tipos de Evaluación según el tipo de datos que nos interese recoger

Evaluación cuantitativa:

Evaluación cualitativa:

III. MÉTODOLÓGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

3.1. Necesidad Del Programa

3.2 Adecuación a la Solución del Problema (“Pertinencia”)

3.3. La Evaluación del Proceso

3.4. La Evaluación del Impacto

3.5. La Evaluación de los Resultados

IV. NIVELES DE EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA

BIBLIOGRAFÍA

Una experiencia práctica—Dr. Hernán Malaga

INTRODUCCIÓN

Al abordar el tema de la Evaluación de Programas de Educación y Promoción de Salud en la Escuela, nos surgen siempre las mismas preguntas a los profesionales de enfermería escolar: ¿es útil la planificación de programas de Educación para la Salud?, ¿para qué sirve la evaluación del programa de Educación para Salud que estamos llevando a cabo?, ¿es meramente un trabajo administrativo? o ¿realmente me va a dar una información que voy a poder utilizar para modificar mis planteamientos y mejorar en mi trabajo?.

Planificar es anticipar cambios en la dirección deseada. Pero en un mundo en evolución, con un futuro cada vez más incierto podemos preguntarnos si la planificación es verdaderamente útil. ¿De qué sirve la larga y costosa elaboración de un plan de Educación para la Salud que deberá ser revisado y modificado por motivos académicos, económicos, políticos, sociales, demográficos, o tecnológicos imprevistos?

Que cada vez sea más difícil prever el futuro y predecir la evolución de los acontecimientos no implica que la planificación se haya convertido en un ejercicio fútil, sino todo lo contrario. Estas limitaciones han propiciado el desarrollo de una tecnología compleja con unos instrumentos de diagnóstico - pronóstico de alta precisión, la integración de nuevas disciplinas y técnicas cuantitativas, que son indispensables si queremos participar en el diseño deliberado del futuro.

La planificación no es un fin en sí mismo. Planificar supone partir de un modelo definido, con objetivos pertinentes y precisos, y de un compromiso hacia dónde se quiere llegar, y qué se desea cambiar en el ámbito de la Salud Escolar con los recursos disponibles”

En nuestro caso, el punto de partida del proceso Planificación de la Educación para la Salud en la Escuela son los comportamientos de la población escolar que conoceremos mediante el Diagnóstico y Análisis Rápido de Necesidades de Salud y los factores que lo condicionan ("Situación inicial"). Posteriormente, priorizamos los problemas que pretendemos resolver mediante el cambio de comportamientos saludables ("Situación ideal"), para lo que determinaremos las Metas y Objetivos que pretendemos alcanzar. Y la necesidad, representa la diferencia entre lo que existe (los problemas de salud y los factores de riesgo condicionantes - la Situación Inicial -) y lo deseable (las Metas y Objetivos), en términos de nivel de salud, estilos de vida saludables, servicios y recursos. Esta diferencia de potencial, la necesidad, entre lo que tenemos y lo que desearíamos que fuese, es lo que dispara el proceso de programación de la Educación para la Salud, como puede verse en la Figura nº 1.

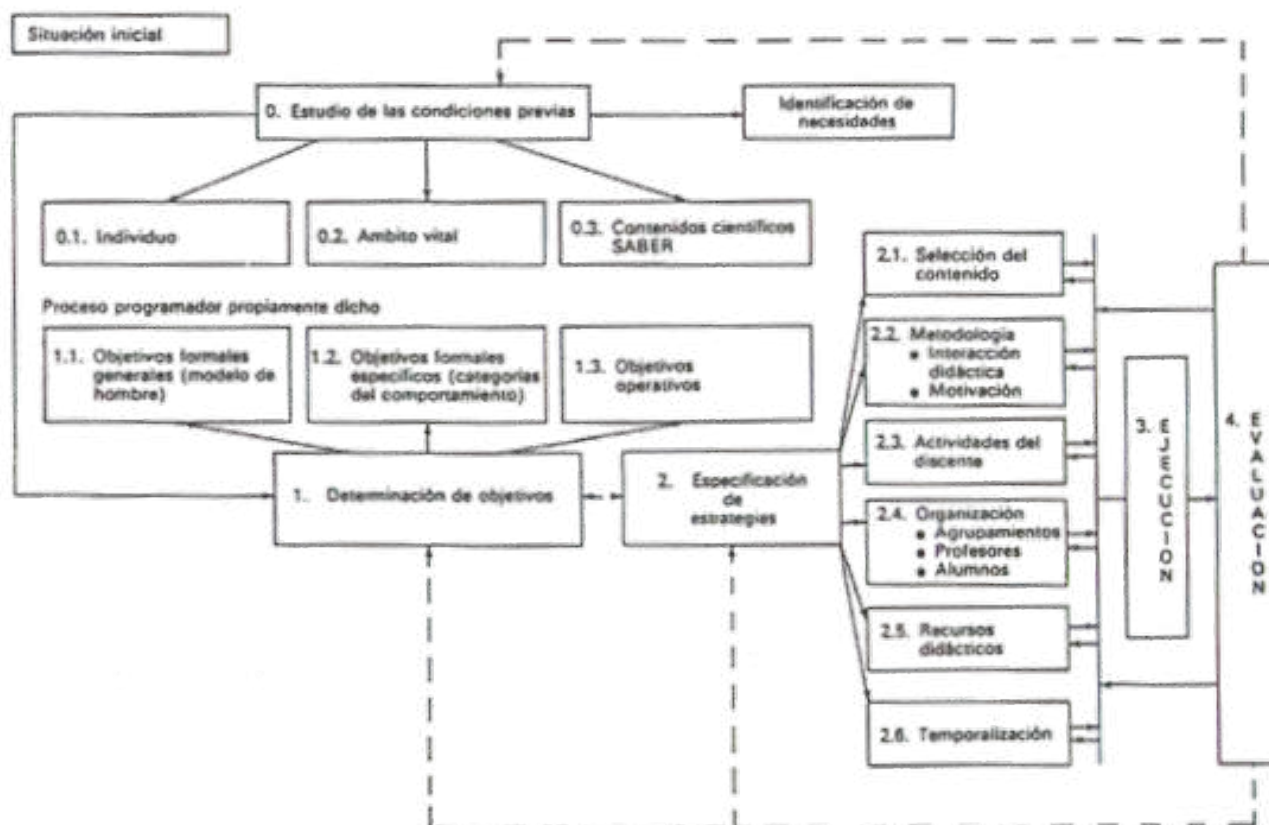


Figura nº1. Modelo de Programación de la E.P.S. (Sáez Crespo, 2001)

Como podemos observar en la Figura nº1, la evaluación no es la última fase del proceso de programación de la Educación para la Salud. En primer lugar, partimos la valoración de:

- Las condiciones previas, los problemas de salud (**Metas**) y los factores de riesgo que condicionan cada uno de ellos (**Objetivos**).
- Determinamos, por la literatura científica, cuáles son los factores de riesgo que condicionan cada problema de salud (**Determinación de objetivos**), y
- Para modificar cada uno de los comportamientos de riesgo, especificamos unas **Estrategias** mediante:
 - ❖ La selección de qué tienen que saber hacer: **Contenidos**
 - ❖ Cómo voy a enseñarles para que adquieran esos comportamientos: **Metodología**
 - ❖ Qué tengo que hacer yo como sanitario: **Actividades** del discente
 - ❖ Cómo voy a hacerlo: **Organización**
 - ❖ Con qué cuento para hacerlo: **Recursos didácticos**
 - ❖ Cuanto tiempo van a tardar en adquirir los conocimientos, actitudes y prácticas saludables: **Temporalización**

Una vez diseñada la Estrategia para modificar los factores de riesgo (Objetivos), pasaremos a **Ejecutar** el programa de Educación para la Salud.

En cada uno de estos momentos, señalado en la figura con líneas discontinuas, evaluaremos si, se están modificando los estilos de vida que condicionan los problemas de salud, los contenidos del programa, temas, la metodología empleada, las actividades que realiza el Equipo de Salud Escolar, la adecuación de los recursos didácticos que usamos y el tiempo que empleamos en el desarrollo del programa es el previsto inicialmente. Por lo que, entendemos que, la evaluación del Programa de educación para la salud, no es el capítulo final del proceso de programación, sino que es un proceso continuo, que empieza al definir los problemas de salud, y termina valorando la evaluabilidad del mismo proceso de evaluación.

La EPS en Salud Escolar es un proceso muy complejo que es practicado por diferentes tipos de agentes de salud, en diversos medios: los padres en el medio familiar (socialización primaria), los profesores en el medio escolar (socialización secundaria o formal), los profesionales de enfermería escolar, y los grupos sociales AMPAS, culturales, voluntariado, asociaciones del barrio, políticos, etc. que participan en la promoción de la salud de la comunidad educativa escolar, junto a los profesionales del Centro de Salud de la Zona Básica en la que está inmerso en Centro Educativo, la definición de los valores y creencias predominantes del medio social, entornos promotores de salud, etc.

Existen numerosas definiciones de **Educación Para la Salud**, para nosotros, es *“la combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar que la conducta más fácil y cómoda de adoptar sea la que lleve a la obtención de estilos de vida saludables”*.

La práctica de la E.P.S. en Salud Escolar se puede explicar en términos de las funciones y actividades a desarrollar por el profesional de enfermería escolar para la promoción de la salud y prevención de los estilos de vida patogénicos. Estas funciones, según ***“Role Delineation for Health Education”*** (National Center for Health Education, 1.980), son:

1. Planificación

Evaluación inicial de necesidades:

- ❖ Diagnóstico de la situación de salud.
- ❖ Conductas relacionadas con los problemas de salud.
- ❖ Determinantes asociados a esas conductas.

Priorización de los problemas de salud para su atención educativa.

Preparación del Curriculum de E.P.S.:

- ❖ Definición de Metas y Objetivos.
- ❖ Especificación de Estrategias.
- ❖ Selección de Actividades de enseñanza - aprendizaje.

2. Ejecución del Programa de E.P.S.

3. Proporcionar Servicios directos de E.P.S.

- ❖ Enseñanza.
- ❖ Capacitación.
- ❖ Asesoría.
- ❖ Consultoría / Consejo.
- ❖ Organización de la Comunidad.
- ❖ Utilización de los Mass Media.

4. Administración de Programas:

- ❖ Planificación.
- ❖ Programación.
- ❖ Presupuestación.

5. Evaluación.

La evaluación es una función integral de la práctica de la E.P.S. en la Escuela. Al definir cómo se evaluará el programa indicamos si los objetivos que nos hemos planteado se han cumplido y en qué medida. Los programas de E.P.S., que al ser diseñados incluyen pruebas de evaluación, rinden mejores resultados, pueden ser periódicamente analizados y su información sirve de retroalimentación al programa, y son más efectivos.

“La evaluación no es una mirada atrás. Es una profecía.

La evaluación dicta el camino hacia delante, pues los hechos pasados no se pueden cambiar”

La evaluación es una fase del proceso de programación y planificación de la EPS, y el punto de partida para modificar alguno de sus aspectos, que debe estar previsto ya en los momentos en los que estemos elaborando el plan. El método de evaluación es, por lo tanto, muy dinámico.

I. CONCEPTO DE EVALUACIÓN

Entendemos que la evaluación es un proceso de determinar y aplicar criterios y normas con objeto de realizar un juicio objetivo sobre los diferentes componentes de un programa, en sus estadios de elaboración, ejecución, y su adecuación a las previsiones. En términos más simples es "el análisis entre las previsiones, lo planificado, las hipótesis, las acciones previstas, y los resultados obtenidos". En la Evaluación de Programas de EPS es preciso definir que entendemos por Evaluación y las diferentes clasificaciones que aportan los autores al acercarse a este problema conceptual.

Entendemos por Evaluación de programas de EPS como "un proceso **integral, sistemático, gradual, y continuo**, dirigido a lograr un juicio objetivo sobre el programa, siendo sus fines:

1. Facilitar la preparación del programa.
2. Suministrar información para mejorarlo: la eficacia de los métodos y técnicas de intervención educativas, la adecuación de los programas y todo cuanto pueda incidir en la calidad de la E.P.S.
3. Determinar sus efectos: cambios en los indicadores del nivel de salud (Problemas de salud / Metas), en los estilos de vida (Factores de riesgo de cada uno de los problemas de salud / Objetivos) “(CHAMPAGNE y COLS. 1.985)

Para emitir ese juicio, se precisa:

1. Un criterio o característica observable, por tanto, objetiva, y representada mediante un **indicador**.
2. Una **norma o “estándar”** que se considere aceptable.
3. Una **unidad de medida**, generalmente una proporción.

Así encontramos en la literatura actual la diferenciación entre evaluación con referencia a la norma (cuando comparamos la situación de un individuo o grupo respecto a la distribución de su población de referencia) y Evaluación referida a criterios de rendimiento establecidos previamente bien de forma racional o de forma empírica (para dar respuesta a la necesidad de orientar el proceso educativo sin necesidad de compararlo con los demás). Esta evaluación centrada en criterios ha desarrollado una nueva tecnología de la evaluación, que en unos casos el criterio viene dado por los objetivos o contenidos del programa educativo, en otros por la descripción de las tareas, tal y como las realizan personas que han alcanzado un alto grado de competencia en materia de salud.

Cuando afirmamos que la evaluación es un **PROCESO**, ponemos de relieve, como una de sus características esenciales, que es algo permanente, continuo que transcurre paralelo al mismo proceso de programación, y no es un acto puntual y esporádico al final de la ejecución de un programa de intervención.

Además, afirmamos que este proceso es **INTEGRAL**, porque debe incidir sobre todos los aspectos susceptibles de educación. No es monopolar, sino que penetra en los distintos campos en que la educación puede ejercer sus influencias: campo cognoscitivo, afectivo, psicomotor y ambiental; además de hacerlo con sentido unitario teniendo en cuenta el cambio de los factores sociales que permitan la creación de unos estilos de vida saludables.

La evaluación, además, debe abarcar todos los sectores o elementos que intervienen en el programa de E.P.S.: Personales (población diana, agentes de educación para la salud, padres, educadores, etc.), Sociales (ambiente familiar, escolar, comunitario, nivel económico y cultural, creencias en salud, etc.), Formales (métodos educativos, modelos de enseñanza, programas) y Materiales (recursos económicos, material didáctico, medio psicofísico). A una educación para la salud “integral” le corresponde un sistema de evaluación “integral”.

La acción evaluadora no debe ser improvisada, debe responder a un plan **SISTEMÁTICO** que forme parte del programa de E.P.S., es decir, la evaluación debe formar parte de un todo unitario con los demás elementos de la programación, concibiéndola en función de los objetivos a alcanzar, el medio social dónde se desenvuelve la intervención, y los medios de que se disponga.

Como el mismo proceso de la E.P.S., la evaluación debe respetar y adaptarse a un ordenamiento **GRADUAL** y progresivo del desarrollo del programa.

La acción evaluadora de un Programa de EPS consistirá, según lo anterior, en la aplicación de criterios con el fin de observar si se han alcanzado los valores considerados como aceptables(estándar) mediante la elección de criterios o indicadores para la monitorización del programa, que se elegirán de acuerdo con:

1. Las actividades programadas.
2. Los resultados a obtener, de acuerdo con los objetivos.
3. Las características que deberán cumplir, ser: válidos, fiables, sencillos, objetivos, sensibles, aceptables, específicos y suficientes para garantizar las vertientes de veracidad, agilidad adecuación y comparación.

II. TIPOS DE EVALUACIÓN

Los tipos de Evaluación de Programas de EPS en Atención Primaria, los clasificaremos, según:

- el Nivel de Planificación,
- el Propósito que tengamos al evaluar el programa de EPS, y
- El tipo de datos que nos interese recoger.

2.1. Tipos de Evaluación según el Nivel de Planificación

Para cada tipo de evaluación pueden plantearse preguntas específicas: (Figura nº 2)

• Evaluación normativa, estratégica o política (*comprehensive planning*)

Cuando el Enfermero Escolar pretende conocer la magnitud de los problemas de salud, los factores que lo condicionan y los recursos para la atención de salud con los que cuenta. En esta fase pretende establecer un diagnóstico - pronóstico de la situación de salud y priorizar dichos problemas, para en función de los mismos, determinar las Metas a alcanzar, en un período de 5 a 10 años. Se elabora al más alto nivel jerárquico de la administración escolar, y es la base de las líneas programáticas políticas para dar solución a los problemas planteados.

Este nivel de planificación, en el que se deciden las prioridades de acción, entre las diferentes alternativas, y se toman las decisiones importantes sobre los problemas de salud, tendrá consecuencias a largo plazo y puede conducir a un cambio de valores en el sistema de atención de educación y salud, como por ejemplo conseguir una mayor igualdad o la equidad de género.

Responde a preguntas como:

1. *¿Hay correspondencia entre el programa tal y como fue concebido, y realizado, y las prioridades?*
2. *¿Responde a los problemas importantes desde el punto de vista de la sociedad y está encaminado en la dirección esperada?*

• Evaluación táctica, estructural o del programa

Cada uno de los problemas de salud está condicionado por diferentes factores de riesgo (Objetivos Generales), que a su vez, cada factor de riesgo primario está condicionado por factores de riesgo secundario (objetivos específicos) que conforman la trama causal epidemiológica.

En este nivel se trata de elaborar el programa de EPS para cada problema de salud, identificando cada factor de riesgo primario y los secundarios asociados. Para alcanzar estos objetivos, determinamos un conjunto de actividades y recursos sanitarios, personales, y didácticos, tendentes a eliminar estos factores de riesgo del problema de salud en cuestión.

El producto de esta etapa de planificación es evidentemente el Programa de Educación para la Salud.

La evaluación del programa de E.P.S se suele realizar cada 3 a 5 años, para medir si los factores de riesgo (objetivos) han aumentado o disminuido en el grupo de población objeto del programa (población diana).

Responde a las preguntas de:

3. ¿Han sido alcanzados los objetivos del programa?
4. ¿Las actividades desarrolladas, eran las apropiadas?
5. Los recursos movilizados, ¿eran los suficientes en cantidad y calidad?

• Evaluación operativa:

En este nivel de planificación pretendemos conocer la operatividad y puesta en marcha del programa de EPS, el desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución y la gestión de los recursos empleados.

Responde a las preguntas:

6. ¿Han sido alcanzados los objetivos operativos previstos por cada miembro del equipo docente y de salud escolar?
7. ¿La ejecución del programa se ha efectuado de la forma prevista?
8. ¿Se ha cumplido el calendario, según lo previsto?

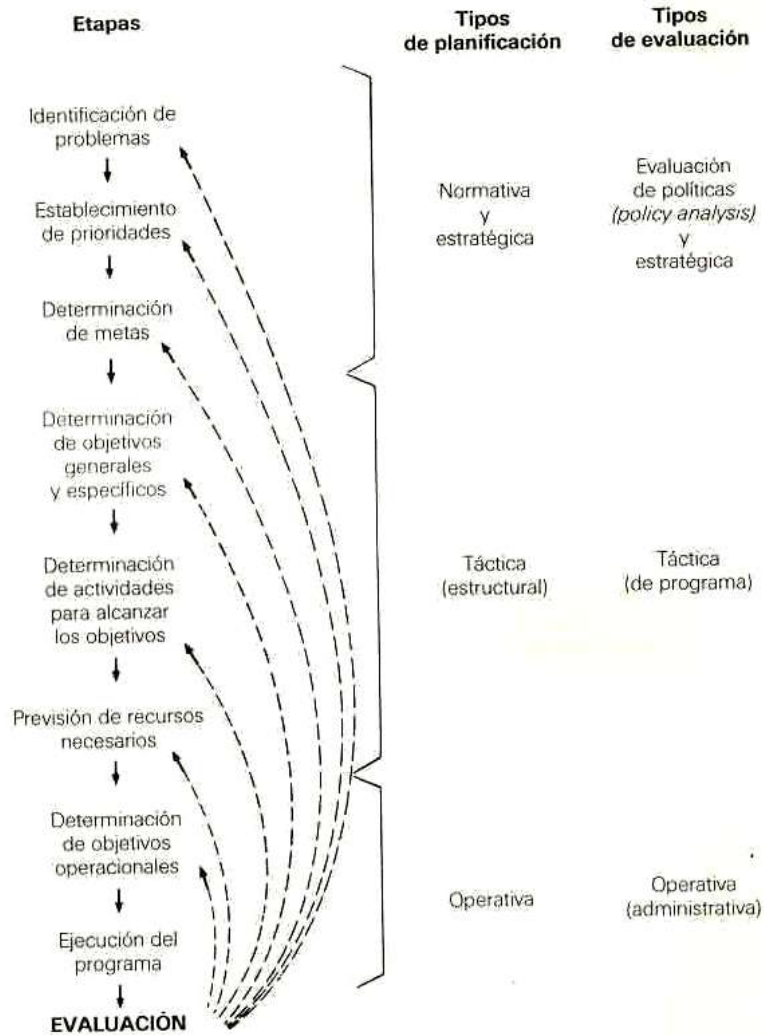


Figura n° 2. Etapas del Proceso de Planificación y Tipos de Planificación y evaluación correspondientes

Por todo lo anterior, la Evaluación de Programas de EPS dentro del proceso de Planificación cierra el círculo del proceso, y permite conocer la evolución de los problemas de salud iniciales, valorar la estrategia de actuación ante los diferentes factores de riesgo que condicionan cada problema de salud, y cuestionar la pertinencia en relación con los resultados obtenidos. (Figura 3)

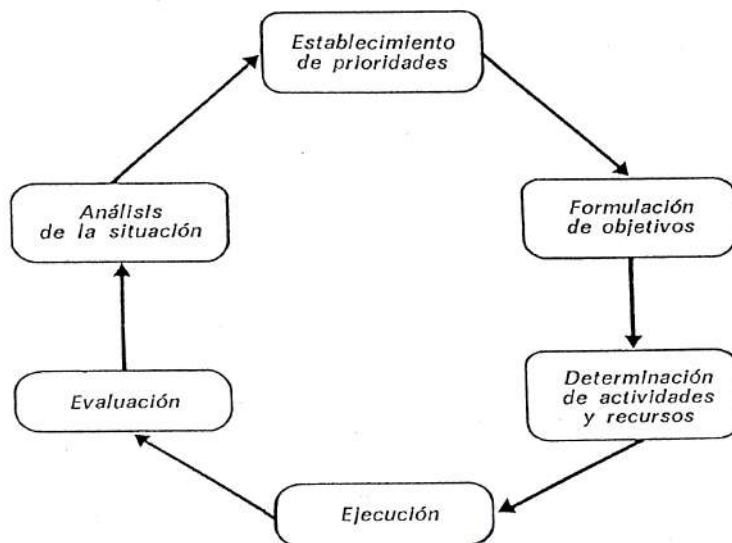


Figura n° 3. Ciclo del proceso de Planificación y lugar de la Evaluación.

2.2. Tipos de Evaluación según el Propósito de la Evaluación del Programa.

El propósito de la evaluación es la toma de decisiones en base a los resultados. J. R. FRAENKEL identificó las siguientes categorías generales o aspectos básicos bajo los cuales se evalúa un programa: de EPS.

1. **Evaluación Pre-Test, Evaluación diagnóstica o Evaluación de las necesidades** que consiste en el Análisis de las condiciones previas, que se aplica sobre individuos o grupos, con el fin de determinar las necesidades de conocimientos, cambio de actitudes, creación de hábitos, modificación de comportamientos, o desarrollo de habilidades.

2. **Evaluación Post-Test, Evaluación de resumen o sumativa.** Al final del programa, informa sobre la ejecución, funcionamiento y efectos del programa. Es una evaluación sumativa que se refiere a los resultados obtenidos por el programa. A su vez, sirve de punto de referencia, como Pre-Test, para identificar las modificaciones necesarias, previas al siguiente programa, o tal vez para decidir si debería continuarse o no.

3. **Evaluación concomitante, Concurrente, Continua o Evaluación Formativa,** a la vez que se realiza el programa de E.P.S., para determinar su efectividad e identificar los ajustes a “mediados de curso”. Es una evaluación formativa que mantiene una retroalimentación constante a lo largo del proceso de elaboración y ejecución del programa, que permite que este sea modificado en función de los nuevos datos que se vayan produciendo con el desarrollo del plan.

2.3. Tipos de Evaluación según el tipo de datos que nos interese recoger

Al plantearnos los métodos de evaluación de Programas de E.P.S. encontramos dos modelos:

1. Evaluación cuantitativa:

Que pretende obtener indicadores de parámetros generales de resultados, como son: el número de actos educativos realizados, número de participantes, tiempos de dedicación de los profesionales, cambios en los indicadores de morbi-mortalidad, supresión de hábitos insanos y creación de nuevos estilos de vida saludables, etc. Aunque a veces las dificultades institucionales, administrativas e imponderables de la realidad impidan también la cuantificación de los resultados.

2. Evaluación cualitativa:

Pretendemos constatar la excelencia en el sentido de la calidad de los resultados. La calidad es una peculiar característica en el sentido de grado de excelencia, de valores aceptables. El análisis de la calidad de los resultados es la proyección con mayor influencia de subjetividad, sobre todo de los profesionales. Esta, es uno de los principales retos: “la comunidad desea conocer y controlar el nivel de calidad de la atención de salud impartida a los usuarios y la relación entre calidad y coste económico de los servicios”. Así el grado de satisfacción del usuario de un Programa de E.P.S. puede ser conocido y cuantificado, y medir, el grado de cumplimiento de sus expectativas, nivel de participación, que son datos para la evaluación global del Programa.

III. METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Los aspectos básicos para evaluar un programa según GREEN y cols. (1980), son: la evaluación del proceso, la evaluación del impacto y la evaluación de los resultados. Juntos sirven al mismo propósito “la toma informada de decisiones”. Además, cada uno de los tres métodos analiza un aspecto distinto del programa, sus efectos, y considera diferentes indicadores, si bien los tres juntos constituyen un método comprensivo de evaluación, como se expone en la Figura 4.

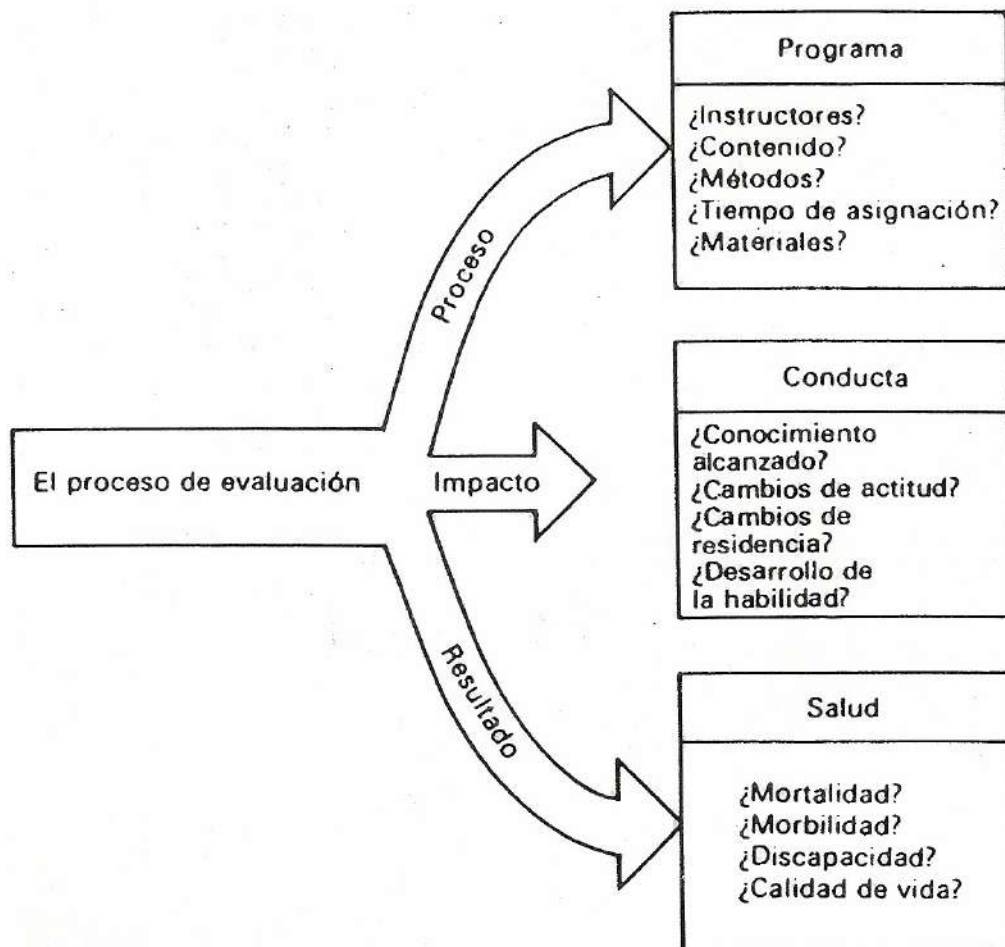


Figura nº 4. Procedimientos de Evaluación de Programas de EPS. Aunque a veces se utilice cualquiera de ellos de forma aislada bajo ciertas condiciones

La Educación para la Salud es un campo de creciente interés en los gobiernos para hacer frente a los problemas de salud actuales originados por, un medio social patogénico y unos estilos de vida inadecuados, y ahora se examina nuestra labor con más rigor que antes. A los profesionales de la salud que llevan a cabo programas de EPS se les pide que demuestren lo que pueden conseguir. El personal sanitario, generalmente, defiende la EPS como parte de su tarea profesional. Por ello, la evaluación de los programas de EPS es una poderosa herramienta en el desarrollo de intervenciones sanitarias, en un medio donde se nos juzga no por nuestras buenas intenciones, filosofía o entusiasmo, sino por los cambios objetivos que hallamos producido en la vida de las personas.

Es, por lo tanto, imprescindible diseñar la evaluación del programa de EPS para que, nos dé una retroalimentación positiva acerca de los progresos efectuados, que de visibilidad, reconocimiento y apoyo a quienes gestionan los recursos del programa y validen científicamente la metodología empleada.

3.1. NECESIDAD DEL PROGRAMA

Al evaluar un programa de EPS, nos hacemos las siguientes preguntas: ¿Por qué se inició el programa? ¿Refleja las necesidades de la comunidad o las habilidades del personal de salud o sólo la tradición? ¿A qué grupos de población atienden y cuáles no atiende?

El primer paso será analizar las necesidades más importantes de salud, y cuáles de ellas son las que constituyen los problemas de salud y sus factores condicionantes, para orientar las opciones acerca de las intervenciones que deberían planificarse. A la hora de determinar las necesidades de salud de la población hay que tener en cuenta varios puntos de vista: el punto de vista del profesional, del experto en EPS, de la administración, y las percepciones de salud de las personas que han de ser atendidas en el Programa de EPS.

Una necesidad demandada por el grupo y no satisfecha por el servicio de salud, es un Problema de Salud.

Posteriormente estableceremos el orden en las prioridades de los problemas de salud, y, por último, describir las características de la población diana y los recursos con los que cuenta la comunidad para abordar sus necesidades de salud.

Tendremos en cuenta:

1. Transcendencia de los problemas de los problemas de salud existentes.
2. Idoneidad de las soluciones.

3.2 ADECUACIÓN A LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA (“PERTINENCIA”)

El propósito de planificación es diseñar un programa de EPS apropiado al problema de salud y al grupo diana identificado, con los recursos disponibles y que pueda suscitar los cambios en los estilos de vida deseados.

Responde a las preguntas: ¿cómo configurar el programa de EPS?, ¿qué estrategias debe utilizar el programa? ¿Qué es lo que el programa de EPS debe intentar conseguir?

Para ello tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

2.1. Estructura:

Calificación y adecuación de las actividades.
Accesibilidad (económica, cultural, etc.)
Distribución.

2.2. Proceso del programa:

- Adecuación de los objetivos.
- Suficiencia de recursos.
- Grado de aceptación de la población.
- Si se ha desarrollado en el tiempo previsto.

Un plan preciso y detallado del programa de EPS permite analizar la lógica del programa y documenta el programa que permite a la evaluación demostrar que es efectivo.

Las fases que debemos realizar para planifica un programa de EPS pertinente (adaptado al Problema de Salud), preciso y detallado, son:

- Especificación de Metas, objetivos generales y específicos.
- Selección de estrategias y actividades.
- Elaboración, preparación y prueba de los materiales de EPS del programa.
- Entrenamiento del personal
- Administración, publicidad y sistema de documentación y registros.
- Ejecución del programa de EPS

Meta es aquello que se quiere conseguir al ejecutarlo, describe los cambios en el grupo diana, es el cambio en la magnitud del Problema de salud, el cumplimiento de los objetivos conduce a la meta.

Los **Objetivos** son los cambios que se quieren conseguir en el grupo diana:

Los Objetivos Generales corresponden a los Factores de Riesgo primarios o esenciales

Los Objetivos específicos corresponden a los Factores de Riesgo secundarios

Meta, Objetivo General y Específico en relación con el análisis del Problema de Salud

Meta	corresponde a	Problema de salud
Objetivo General	corresponde a	Factor de riesgo
Objetivo Específico	corresponde a	Factor de riesgo secundario (contribuyente)

La relación entre la meta y los objetivos respecto de los tipos de evaluación, se expresan en el cuadro siguiente:

Cómo se relacionan los componentes del programa de EPS y la evaluación

<i>Meta del Programa</i>	<i>se mide por</i>	<i>Evaluación de Resultados</i>
<i>Objetivo General</i>	<i>se mide por</i>	<i>Evaluación del Impacto</i>
<i>Objetivo Operativo</i>	<i>se mide por</i>	<i>Evaluación del Proceso</i>

3.3. LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

Responde a la pregunta ¿Cómo se está desarrollando el programa? ¿Llega al grupo diana? ¿Los participantes están satisfechos con el programa de EPS? ¿Se llevan a cabo todas las actividades? ¿Son de buena calidad los materiales y componentes del programa de EPS?

Implica una revisión de las características externas, permitiendo comparar la elección de las metas y objetivos del programa con las estrategias educativas, estructura y forma del programa, por lo que se utiliza como indicador de consistencia o validez interna. Técnicamente es utilizado por los equipos denominados de “Acreditación” que visitan instituciones y organizaciones, analizando la información del plan escrito del centro para determinar si los programas satisfacen las normas o estándares aceptables basados en otros programas de éxito demostrado. Sirve para señalar los puntos fuertes y débiles con el fin de modificar o mejorar el curriculum.

3.4. LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Responde a la pregunta ¿Se lograron los objetivos previstos? ¿Se produjeron cambios en la adquisición de conocimientos, educación de actitudes y creación de hábitos saludables?

Un ejemplo significativo es el examen fin de curso de los estudiantes, con el que podemos identificar las áreas en las que la estrategia educativa ha producido efecto y en cuáles no. De aquí que se utilice este modelo junto a la evaluación del proceso.

Este modelo de evaluación sirve para determinar la calidad general del Programa de EPS y las diferencias entre grupos y personas, después de la intervención educativa.

Utiliza como instrumentos pruebas estandarizadas que sirven para comparar los logros entre diferentes grupos y/o programas en relación con las normas o estándares nacionales. Si bien hay que tener en cuenta la existencia de obstáculos y condicionantes, como son: la falta de instrumentos estandarizados para la medición, la gran diversidad en los clientes / pacientes, y las condiciones socioeducativas que rodean a los programas.

3.5. LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Responde a la pregunta ¿fue útil para lograr las metas de aumentar el nivel de salud o el cambio social? ¿Se han resuelto los problemas de salud iniciales?, ¿Ha disminuido la morbimortalidad por los problemas de salud?, ¿En qué medida se han alcanzado las Metas?

Es un examen de los efectos reales en los problemas de salud de la población. La medida de estos cambios supone la confirmación de la efectividad del programa. Sin embargo, la importancia de la evaluación de los resultados para el agente de E.P.S. se mitiga por dos razones.

1. Por su rol en el proceso de E.P.S. se centra en la adquisición de conocimientos, educación de actitudes y creación de hábitos saludables. La responsabilidad en disminuir la morbi-mortalidad de un determinado problema de salud es una responsabilidad compartida con el sector asistencial (P.e. campaña vacunal y disminución de la incidencia de esa enfermedad).

2. Por aspectos operativos. Los cambios en el nivel de salud de las personas y grupos tardan un tiempo en que se manifiesten, por lo que los participantes en un programa de E.P.S. deben ser seguidos durante largo tiempo después de la intervención. La detección de tales cambios requiere procedimientos clínicos costosos, pero cuando se comprueban esos cambios es fácil determinar que son debidos al programa de E.P.S. y no a otras influencias (Por Ejemplo, el Programa de Intervención sobre factores de riesgo cardiovascular: "Multiple Risk Factors Intervention Trial Group (1.983)" en 12 866 hombres de alto riesgo entre 35 y 57 años fueron asignados al azar unos al grupo de intervención y otros al grupo de control. Al grupo de intervención educativa se les asesoró sobre medicación para la H.T.A., estrategias dietéticas para la reducción del colesterol e ingestión de grasas y programas para dejar de fumar. El indicador principal que se seleccionó fue la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Se siguió durante 7 años el estudio y en ambos grupos se redujo la mortalidad. La media total antes del estudio de 26,4 por 1000. Al final del estudio, la mortalidad en el grupo de casos fue 17,9 por 1000, y en el de controles de 19,3 por 1.000. Por desgracia esta reducción de un 7.1 por 1000 no es estadísticamente significativa, por tanto, los resultados no fueron concluyentes. Aunque en ambos grupos disminuyó sensiblemente los factores de riesgo: fumar cigarrillos, presión arterial y nivel de colesterol en el suero. Pudieron haber influido factores de confusión, como: ser conocedores de que son objeto de estudio, los controles pudieron ser asesorados por sus médicos, pudieron haber recibido algún tratamiento educacional adicional similar al grupo de casos, disminuyendo así las diferencias entre ambos grupos. En el caso de que los sujetos hubieran sido animales, en vez de personas, las condiciones experimentales podrían haber sido controladas de forma más rigurosa, pero esto es éticamente imposible con seres humanos. Otra experiencia en la que más de 6.000 personas fueron objeto de E.P.S. y más de 12.000 recibieron vigilancia durante siete años como controles, en un estudio probó que la E.P.S. es un éxito científico y un fracaso humano. Estos son los peligros de la evaluación experimental de la E.P.S.

IV. NIVELES DE EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA

Se determina el sistema de indicadores de evaluación, previamente a la ejecución del programa. Encontramos 6 niveles de evaluación, q:

NIVEL I: EFICACIA

“Es la relación entre objetivos y resultados”

Eficacia = Actividades Realizadas / Actividades Programadas.

Valora el programa de actividades en su conjunto. Se centra en el Proceso.

El propósito es conocer el grado de consecución de los objetivos operativos propuestos en cada actividad.

La responsabilidad de este nivel de evaluación es del personal encargado de ejecutar el programa.

Analiza aspectos, tales como:

1. Cobertura: % de la población diana que realiza el programa.
2. Cumplimiento: % de la población que abandona el programa.
3. Idoneidad de las soluciones.

NIVEL II: ADAPTACIÓN AL MODELO DE PROGRAMA PREVISTO.

Es la relación entre los recursos previstos y los recursos necesarios”

NIVEL III: EFICIENCIA

Indica los resultados finales obtenidos en relación con los esfuerzos realizados en términos de recursos, tiempo y dinero

Objetivos alcanzados / Recursos utilizados.

Mide el coste por unidad de producto.

Eficiencia = Utilización real de Recursos / Utilización Programada de recursos

NIVEL IV: EFECTIVIDAD.

Examina el cambio efectuado por la población y, sobre todo, el deseo de cambio.

Efectividad = Objetivos Alcanzados / Objetivos Programados.

TABLA 19-4. Indicadores y medidas de evaluación y métodos de recolección de la información según los diversos aspectos evaluados de un programa sanitario

<i>Elementos del programa</i>	<i>Recursos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Objetivos de salud</i>		
<i>Evaluación general</i>	Estructura	Proceso	Resultado		
<i>Evaluación específica</i>	Suficiencia (<i>adequacy suffisance</i>)	Idoneidad (<i>appropriateness justesse, congruité</i>)	Eficacia (<i>efficacy utilité</i>)	Efectividad (<i>effectiveness efficacité</i>)	Eficiencia (<i>efficiency rendement, efficience</i>)
<i>Indicadores y medidas</i>	Cantidad y calidad de los recursos humanos materiales y financieros movilizados	Cantidad y calidad de las actividades desarrolladas	Efectos sanitarios a nivel de los individuos alcanzados por el programa	Efectos sanitarios a nivel de la población objeto	Relación entre los resultados sanitarios y los recursos desplegados
<i>Métodos de recolección de la información</i>	Contabilidad Administración	Administración Evaluación confraternal	Epidemiología Investigación clínica	Epidemiología	Epidemiología Economía Sanitaria

Fuente: Donabedian A., 1973.

NIVEL V: IDONEIDAD Y ACEPTACIÓN SUBJETIVA DEL PROGRAMA

Indica el grado de aceptación y comprensión hacia el programa.

Mide el grado de satisfacción del usuario.

NIVEL VI: COMPARACIÓN CON OTRA COMUNIDAD.

	Pre-Test	Post-Test
GRUPO PROGRAMA	1	4
GRUPO CONTROL	1	1 - 4 - 6

NIVEL VII: RENDIMIENTO

Es la relación entre el Producto (objetivos alcanzados) y la Inversión (Recursos utilizados).

$$\text{Rendimiento} = \text{Objetivos alcanzados} / \text{Recursos utilizados.}$$

Para DRUMOND nunca existirán suficientes recursos para satisfacer completamente las necesidades humanas” dada la escasez de recursos y el progresivo crecimiento del gasto sanitario es preciso una evaluación económica, desde dos enfoques:

1. COSTE / BENEFICIO o evaluación den términos monetarios.
2. COSTE / EFICACIA (coste / ventajas) o evaluación en términos no monetarios.

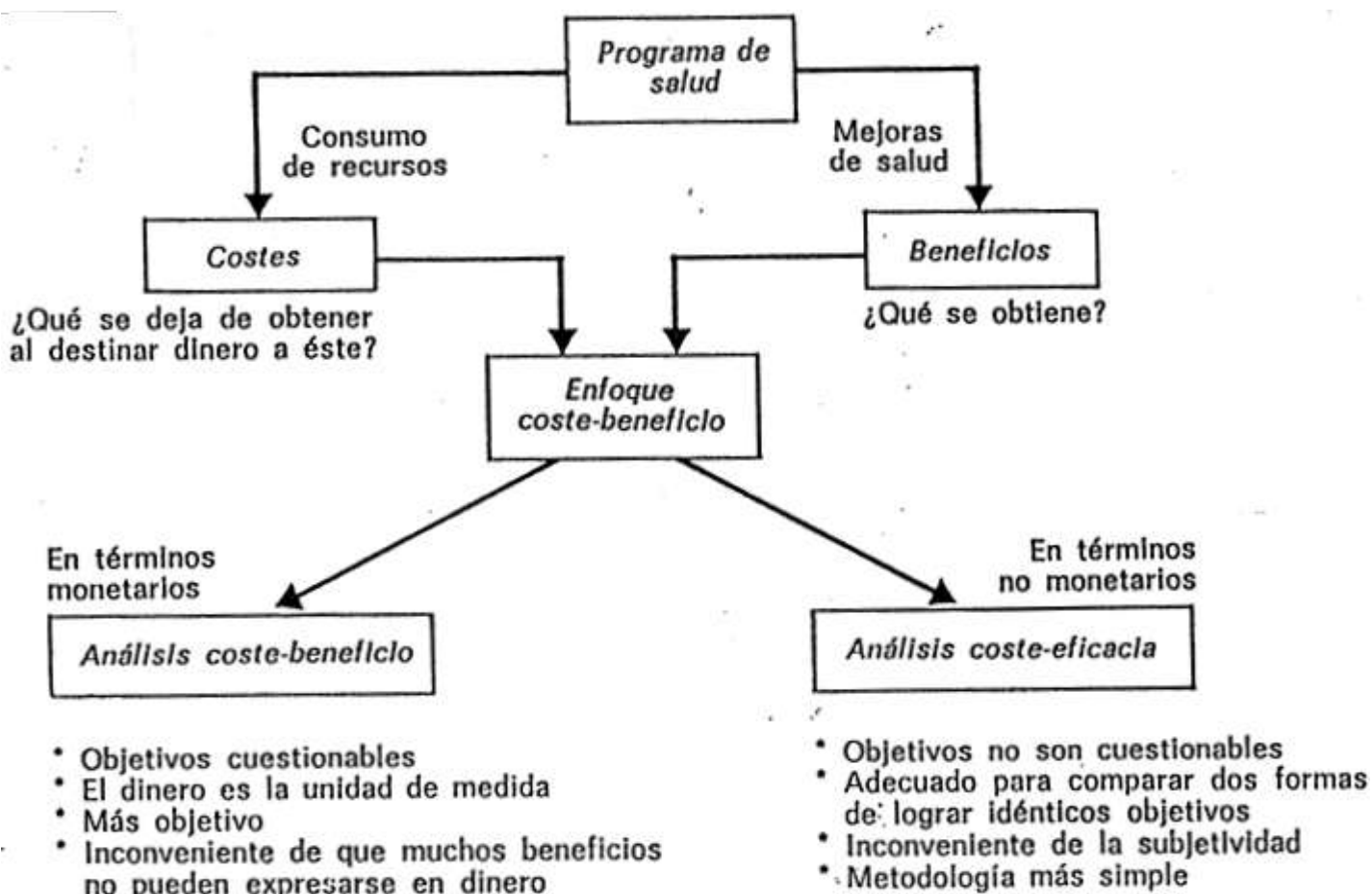


Figura 5. Análisis de la Evaluación del rendimiento de un Programa coste/eficacia y coste/beneficio

“La metodología para realizar la evaluación económica de un programa de E.P.S., brillantemente descrita por DRUMOND, precisa definir de una manera clara:

- 1. Los costes, tanto directos como indirectos e intangibles.*
- 2. Los beneficios económicos y ventajas sobre el estado de salud que representa la ejecución del programa*

Debe destacarse, por último, el hecho de que con la evaluación no se cierra el proceso de programación, ya que, dado su carácter cíclico, constituye la primera etapa de nuevos programas dirigidos hacia los mismos objetivos u otros relacionados.

Es ahora cuando hay que preguntarse: ¿Qué modificaciones se pueden introducir?

Otro modelo para la valoración de los beneficios es COSTE / UTILIDAD (DRUMOND, STODDART, TORRANCE, 1.987)

Asigna un valor a un determinado estado de salud, por su calidad de vida. Se puede utilizar para comparar los resultados de diferentes programas ajustados a los años de vida, según su calidad.

La evaluación económica. Que ofrece una información útil para la toma de decisiones, tiene una serie de limitaciones que podemos resumir en:

1. Requiere que las intervenciones hayan demostrado su eficacia.
2. Controversia entre costes / beneficios.
3. El objetivo de los servicios sanitarios públicos no son sólo la eficiencia económica, sino también la equidad.

BIBLIOGRAFÍA

Adams, G.S. "Medición y evaluación de educación, psicología y guidance". Herder. Barcelona. 1.970.

Donabedian, A. "Aspects of Medical care Administration". Harvard University Press, Cambridge, 1973

Donabedian, A. "Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica". Fondo de cultura económica. México, 1988.

Fraenkel, J.R. "Helping students think and value". Enlewood Cliffs, N.J. Prentice Hall, 1973: 54 - 60.

Green L.W. y Lewis, F.M. "Measurement and evaluation in halth educationand health promotion". Mayfield, Palo Alto, California, 1986

Green L.W.; Kreuter, M. W., Deeds, S. G. and Patridge, K.B. "Health education planning: A diagnostic approach". Palo Alto. Mayfield Publishing, 1980 . PÁG. 134

Green, W. H. y Somons Morton, B.G. "Educación para la salud". Interamericana Mac Graw Hill, México, 1988 pág. 314.

McConkley, D. "Strategic Planning in Non-profit organitations". Health Management Forum. Autum, 1.981, pp. 64 - 65

NATIONAL CENTER FOR HEALTH EDUCATION. "Initial Role Delineation for Health education". Washington, D.C., U.S., Department for Health and Human Services (HRA) 80-44, April 1980.

- Pineault, R. "La planification des services de santé: une perspective épidémiologique", Adm. Hosp. Et Soc. Vol. 5, nº 2, 1979: 1.208 - 1.214.
- Pineault, R. y Daveluy, C. "Planificación sanitaria. Conceptos, Métodos y Estrategias". Masson, 2ª edición, Barcelona, 1992
- Popham, W.J. "Evaluación basada en criterios". Interamericana, Madrid, 1.983
- Restrepo, H y Málaga H. Promoción de la Salud. Como construir una vida saludable. Ed. Medica Panamericana. Bogotá 2001
- Rey Calero, J.: «Epidemiología y Salud de la Comunidad». Ed. Karpos, Madrid, 1982.
- Rodríguez Idígoras, M.I.; Rodríguez Cabezas, A. y Cabrerizo Portejo, J. "Planificación y evaluación de un programa de educación sanitaria". Rev. San. Hig. Púb., 1986, 60, 1179 - 1200. Nov-Dic. 1886
- Sáez Crespo, J. A.; Vos Saus, R.; Alonso, M. C. y Fernández, F.: «Fundamentos para la elaboración de un programa de Educación Sanitaria». Sanidad e Higiene Pública, n.º 9-10, 1987; 1007-1016.
- Sáez Crespo, J.A. "Evaluación". En : Psicología. Léxicos de la Educación. Col. Aula. Madrid, Santillana, 1.989, 176 - 177
- Sáez Crespo, J. A.: «Proyecto Docente a Cátedra de Educación Sanitaria». Universidad Complutense. Madrid, 1991.
- Sáez Crespo, J.A. "Evaluación de Programas de Educación para la Salud". Ponencia Oficial al XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Odontología Preventiva y Comunitaria. Segovia 2 - 4 de noviembre de 1995.

Una experiencia práctica de Evaluación de Programas de Promoción de Salud

Hernán Málaga

Existen dos grandes exclusiones en nuestra América Latina, a) las derivadas de las diferencias estructurales de las poblaciones en paz, educación, seguridad alimentaria, vivienda saludable, empleo digno, caminos de acceso, electricidad, agua potable y alcantarillado, etc. y acceso a servicios básicos de salud, es decir injusticias sociales y b) las derivadas del acceso igualitario a los servicios de salud de igual calidad para todos derivadas de injusticia sanitaria (1)

La intervención primera constituye la nueva salud pública, la q tendría cuatro objetivos en orden de ejecución:

Alcanzar el máximo nivel de salud en toda la población

Disminuir las brechas extremas en materia de salud

Focalizar la atención en los grupos sociales más pobres de la comunidad

Conseguidos estos objetivos, intervenir en las poblaciones más ricas (2)

Para cumplir estos objetivos y de acuerdo con la definición de Alma Ata de Atención Primaria de salud, se deberá tratar de resolver los problemas esenciales de salud en el nivel local mediante participación comunitaria, intersectorialidad, con tecnologías apropiadas y a un costo que la propia comunidad pueda solventar (3) y esto se puede conseguir mediante la estrategia de comunidades saludables. La carta de Ottawa nos señalan las líneas de acción para la Promoción de la salud, las q son: participación comunitaria, priorización por el sector salud de la promoción y prevención, los cambios de hábitos y estilos de vida saludable, creación de ambientes favorables y políticas públicas saludables, (4) así como las que nosotros añadimos de oportunidad de vida digna, justificada en la injusticia social que describimos anteriormente.

Donde hacerlo:

Se deben priorizar comunidades excluidas y estas se consiguen interviniendo poblaciones con alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Estudios realizados en Venezuela y Colombia evidencian cómo las

NBI se relacionan con mortalidad infantil, diarreas, desnutrición, etc. (5,6) las que también pueden ser identificadas por fichas familiares de condiciones de vida, como en el Perú, donde se utilizó este criterio para seleccionar Manchay por tener el peor índice de exclusión y la más alta notificación de desnutrición crónica infantil, registrada en los servicios de salud de cuatro comunidades del Municipio de Pachacamac (7)

Una vez en Manchay los dirigentes vecinales acordaron el desarrollo de la comunidad Saludable de los Jardines de Manchay.

¿Qué hacer? -

La comunidad junto con sus autoridades en presencia de los organismos estatales de salud, educación, agricultura, vivienda y saneamiento básico etc., así como también autoridades eclesiásticas, industriales y comerciantes y fundamentalmente los miembros de la comunidad y sus líderes.

Estos últimos después de escuchar a los asesores de este futuro desarrollo que pueden ser representantes del ministerio de salud, líderes de promoción de la salud, o profesores universitarios de Salud Pública, encargados del asesoramiento externo a la comunidad ,quienes podrán explicar por qué se debe desarrollar la comunidad ,al compararla con otras comunidades cercanas ,o con comunidades nacionales modelo, presentando salud, los análisis de situación de salud pública de la comunidad y la situación presentadas por otros organismos de gobierno establecidos en la localidad.

Ante esta situación las comunidades en mesas de trabajo deberán escoger problemas y/o potencialidades de desarrollo, que no necesariamente coinciden con las presentadas por los organismos de gobierno teniendo en cuenta su prevalencia, y posibilidades de solución se escogerán los 4 o 5 problemas y/o potencialidades de desarrollo que consideren conveniente y que no necesariamente son los presentados por las entidades de gobierno.

Luego de realizada esta lluvia de ideas, de la comunidad, se priorizan los problemas y potencialidades, teniendo en cuenta su importancia, sus determinantes sociales y el costo a pequeño y mediano plazo.

De esta fase se obtienen los árboles de problema que estén en negativo y con el cual se desarrollarán los resultados (árboles de objetivos) a obtener de la intervención, elaborándose de esta forma los 4o5 proyectos a

desarrollar.

Estos proyectos pueden ser elaborados en marco lógico (8) y hechos por la comunidad con la asesoría de facilitadores.

Elaboración de Proyectos

Los proyectos escogidos por la Comunidad deberán tener 4 niveles de objetivos, el objetivo fin el cual deberá ser un objetivo final al que confluyen todos los proyectos que se ejecuten en la comunidad, ejemplo salud para todos y por todos

Seguidamente se menciona el propósito de cada proyecto, ejemplo eliminación de la anemia

En el tercer nivel se mencionan los resultados esperados, ej.: crianza de gallinas de postura

El cuarto nivel describe el plan de actividades para alcanzar cada resultado esperado

Ej.: instalación de corrales de crianza en cada hogar

Como ejemplo el marco lógico del proyecto de gallinas ponedoras de la comunidad saludable de los Jardines de Manchay.

Figura 1.- Marco lógico de un proyecto de seguridad alimentaria: crianza de gallinas ponedoras

Comunidad Saludable los Jardines de Manchay

Proyecto: Seguridad Alimentaria

Sub-Proyecto Gallinas Ponedoras

Escuela de Ciencias

Veterinarias

Objetivos	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
Fin : Salud para todos en la Comunidad de los Jardines de Manchay	0 Casos de desnutrición crónica infantil (menores de 5 años)	Sala de Situación local Estudio continuo en la escuela de educación inicial	
Propósito: 30 familias poseen 20 gallinas ponedoras criollas	30 corrales construidos 600 pollitas entregadas Las familias beneficiarias venden localmente el 25% de su producción Organización de una cooperativa local	Fichas de evaluación	Presupuesto para la Compra de las pollitas, alimentación por 4 meses y comederos y bebederos, así como vacunas se consiguen por donación. Los beneficiarios construyen sus corrales, sus percheros y los nidos de postura
R1 Charla de capacitación "Crianza de gallinas ponedoras e incentivación al Cooperativismo"	30 beneficiarios reciben la capacitación en la URP	Diplomas conferidos	Conseguir movilidad para el traslado de los participantes
R2 Arribo de las pollitas	El jueves 6 de Noviembre se distribuyen las pollitas	Informe de los alumnos	
R3 Visitas de Monitoreo	Los 8 alumnos del Curso de salud Pública, realizan visitas a los 30 gallineros	Informe de los alumnos	
R4 Calendario de vacunaciones ejecutado	Los 8 alumnos del Curso de salud Pública, realizan vacunación contra Gumboro el 13 de Noviembre y contra New-Castle-Bronquitis el 20 de Noviembre	Informe de los alumnos	
R5 Clausura Curso salud Pública	El 5to Curso de salud Pública cierra sus actividades del año 2014, el 4 de Diciembre en el local Comunal de los Jardines de Manchay	Informe de los alumnos presentado en ceremonia a la Comunidad	
R6 Monitoreo de los gallineros	Durante los meses de Enero-Junio, alumnos voluntarios asesoran los 30 gallineros	Informe de los alumnos	Se consiguen voluntarios
R7 Organización de una Cooperativa	Los 30 beneficiarios se organizan en una Cooperativa, para entregar el 25% de su	Cooperativa en funcionamiento	

	producción de huevos, con cuyo dinero se compra el alimento, y se guarda para la reposición de pollitas a finales del 2015		
R8 Reposición de las pollitas para el Segundo Ciclo y venta de Gallinas del Primer ciclo	Compra y venta realizada		
R9 Medición de Primeros resultados en los niños beneficiados, comparada con niños que no han sido beneficiados	Tesis realizada	Tesis	SE consigue el Graduando
R10 Publicación de Resultados	Publicación de los resultados en una Revista Indexada	Artículo publicado	

Fijación de indicadores. –

El fin, el propósito y los resultados esperados, deberán ser medidos con criterios de cantidad, calidad y tiempo, estos deberán ser elegidos por la comunidad ,reconociéndose la situación actual y la expectativa alcanzar en dicho indicador ,por ejemplo en el estudio de Manchay se estimó en 44% el índice de Anemia en los niños, antes del inicio de la producción de huevos y su consumo y se llegó a cero anemia al término de la producción en los mismos niños(9).

Los indicadores iniciales (líneas de base) pueden ser estimados por encuesta de hogares, usando los árboles de problema para obtenerlos (10),

Para el plan de actividades se establecerá el presupuesto y el cronograma de ejecución.

Financiación

Muchos de los proyectos requieren de financiación para su ejecución y la mejor práctica la constituye el declarar por la municipalidad una ordenanza de apoyo al proceso, la que debe destinar fondos locales, otro procedimiento es el de la venta de proyectos, donde se presentan estos a la comunidad, a la que se invitan además autoridades y posibles donantes.

Redes

Alrededor de los problemas priorizados, pueden estar las asociaciones locales, los grupos familiares y se conforman así los conglomerados familiares, dejando por ejemplo la selección de beneficiarios a la propia comunidad, por ejemplo en los proyectos de seguridad alimentaria, los propios vecinos seleccionaban a sus beneficiarios; la similitud de los problemas detectados con el desarrollo de la intervención en otros municipios (Redes de puente)como el caso, donde se organizó una visita de funcionarios y vecinos de Clorinda, Argentina, Falcón y Nanawa al Municipio de Toledo, en Brasil, para observar los resultados del proyecto de reciclaje de basura en este poblado brasileño, estableciéndose el Proyecto Basura

Blanca en las comunidades de Falcón y Nanawa, en el que se intercambia material reciclable por leche.

Finalmente, las redes vinculantes expresadas en el asocio de la comunidad con autoridades departamentales o nacionales e internacionales, mediante lo cual se pueden financiar determinados proyectos (11)

Ejecución

Este proceso debe ser ejecutado por la misma comunidad, pudiéndose nombrar mesas de trabajo conformadas por personas afines al proyecto específico, identificándose líderes comunitarios para presidir dichas mesas.

Evaluación

Cada proyecto que se ejecute deberá tener su evaluación, pudiéndose hacer comparaciones entre la situación inicial con la final, siendo recomendable el establecimiento de salas de situación, manejadas en computadoras que evalúen procesos e impacto de los proyectos, ejemplo la sala de situación que se plantó para la ejecución del Proyecto de la Comunidad Saludable de los jardines de Manchay, en los proyectos productivos es muy fácil hacer evaluaciones costo/efecto y hasta costo beneficio.

Proyecto Sala de Situación de la Comunidad Saludable los Jardines de Manchay

Fundamentación:

Desde el año 2013-1, se viene estableciendo un Proyecto de Proyección Social con el Propósito de desarrollar la Comunidad de los Jardines de Manchay, como una Comunidad Saludable. La que se define como una comunidad en la que los individuos, instituciones y organizaciones, luchan para mejorar sus condiciones de vida y tener acceso al bienestar, poniendo en práctica la estrategia de atención primaria, la que consiste en la resolución de los problemas esenciales de salud, existentes en la comunidad, con plena participación comunitaria, intersectorialidad, con tecnologías apropiadas y a un costo que la comunidad pueda alcanzar (2).

Este proceso ha definido 5 Proyectos esenciales, identificados por la comunidad y a los cuales se les ha establecido una línea de base, la que nos permitirá realizar evaluaciones de proceso e impacto, monitoreando las actividades programas con las asesorías de los estudiantes del Curso de Salud Pública de la malla curricular de la Escuela de Ciencias Veterinarias, de la Facultad de Ciencias Biológicas de la URP y midiendo sus efectos. En

el Primer Semestre del 2 017, se incorporó un Proyecto Productivo: Artesanías Manchay

Objetivos:

Establecer una Sala de Situación virtual

Definición: Es un espacio dinámico para conocer la situación de los problemas, intervenir en sus factores determinantes y conocer sus resultados obtenidos. Esta información, será de suma utilidad para la comunidad en su proceso de determinación de prioridades y de intervención en sus problemas y potencialidades de desarrollo.

Metodología:

Describir actividades de intervención, y medir el impacto de estas en el tiempo, elaborándose informes semestrales de logros y deficiencias encontradas en el proceso.

Verificando, cambios en los indicadores, descritos en el Marco Lógico del Proyecto.

Alcances:

Lograr que la Comunidad de los Jardines de Manchay alcance la meta de Equidad en Salud y Bienestar. Formar profesionales conscientes de la exclusión social y promover en ellos la necesidad de atacar la pobreza, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida y disminuir las brechas en salud.

Entender las estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, haciendo realidad la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Promover la participación de las 18 profesiones, que se desarrollan en la Universidad Ricardo Palma

Investigadores Responsables: Dr. Hernán Málaga. Ing. Rafael Wong

Objetivos	Indicadores de verificación	Fuentes de verificación	Supuestos
Fin : Comunidad Saludable Los Jardines de Manchay			
Propósito: Monitorear avance de los Proyectos que se ejecutan en la Comunidad	La sala de situación emite informe semestrales de avance de los Proyectos(proceso e Impacto)	Informes emitidos	Aprobación del Proyecto
R1 Proyecto de Seguridad Alimentaria	Cooperativa Virgen de Guadalupe en funcionamiento	Informe mensual de ingresos por venta de huevos y otros artículos	
	Eliminación del 5% de desnutrición crónica infantil ⁽³⁾	Encuesta anual en la escuela de educación inicial	

R2 Proyecto de Seguridad Ciudadana	Disminución en un 50% del 21% de hogares afectados por la delincuencia Disminución en un 50% del 9% los delitos contra las personas	Encuesta bi-anual de hogares	
R3 Proyecto Control de perros callejeros	Castración del 20% de los perros machos estimados en 424 perros ⁽⁴⁾ Disminución en un 50% del 6% de personas mordidas al año ⁽⁴⁾	Informes de cirugía de los 80 perros castrados	Tesis de Gabriela Cristina Torres se termina
R4 Proyecto Control de embarazo de adolescentes y empleo juvenil	Disminución en un 50% del 8% de embarazos de adolescentes ⁽³⁾ Biblioteca Ricardo Palma en funcionamiento Incrementar la práctica deportiva estimada en un 24% en las adolescentes mujeres a un 50%	Encuesta bi-anual de hogares Informes de lectura por adolescentes en la biblioteca Informe de prácticas deportivas	Se consigue la incorporación de adolescentes al Proceso de Comunidad Saludable
R5 Proyecto de áreas verdes	Incrementar en un 50% el 27% de familias ,que han sembrado un árbol ⁽³⁾ Incrementar en un 50%,el 32% actual de hogares en los cuales, los niños practican deportes ⁽³⁾ Proyecto de Bio-huertos establecido	Encuesta bi-anual de hogares 20 familias capacitadas en bio-huertos	Proyecto asumido por la comunidad
R6 Salud de las Personas	Estudio sobre Prevalencia de consumo de drogas y alcohol en adolescentes, realizado Estudio sobre prevalencia de parásitos gastrointestinales en niños de 6-7 años	Tesis de Carmen Pezzia Facultad de Psicología realizada Tesis realizada por Yamileth Muñoz Saldaña de la Escuela De Ciencias Veterinarias	No elaborado Tesis ejecutada evidencio disminución de prevalencia de anemia de 6/17 (44%) al inicio de producción, a 0 (Cero) al término de la producción ⁽⁴⁾ Tesis en Proyecto
R7 Proyectos Productivos: artesanías Manchay	El horno eléctrico de la Comunidad, fortalece los ingresos de 5 familias de la Comunidad	Tesis de Janireth Escobar Comparación entre casas con gallinas versus casas sin gallinas	

Presupuesto:

Una Laptop \$1500

Impresora \$200

5 resmas de papel

1 Teléfono fijo e internet de 8 Mega..... 150.00 Soles oro
mensuales x12 meses = S/. 1800.00

Se tiene

Un escritorio

Capacitación: Al menos dos adolescentes de la
Comunidad son capacitados en nuestra Facultad

Referencias

1.- Málaga, H.; Dachs, N.; Perdomo, M. Guemes, A.2005;
Problemas Éticos de la Salud Pública. Rev. Acad. Peru.
Cinc. Vet 5-6(1):21-32.

2.- Marchand, S.; D. Wikler; B.Landesman. 1998. Class,
health and justice. Milbank Q. 76: 449-467.

3- OMS.1978 Atención Primaria de Salud. Serie Salud
para Todos N° 1, Ginebra

4.-Organización Mundial de la Salud (OMS). Asociación
Canadiense de Salud Pública (1986) La Carta de Ottawa
5.-UCV; OPS; MSAS. 1993. Perfiles de mortalidad según
condiciones de vida: experiencia en Venezuela. B. Ofic.
Sanit.Panam.14: 11-14.

6.- DANE, OPS. 2000. La mortalidad en Colombia según
condiciones de vida. Estudios
censales N° 16. Santa Fé de Bogotá, Colombia. 123 pp.

7.- Anicama R, Blanco A, Bravo R, Gomez E, Ortiz J,
Pauta J, Urrutia J. Condiciones de vida y desnutrición
crónica infantil en el distrito de Pachacamac

8.-Málaga, H.2014 Formulación de Proyectos de
Investigación y de Intervención en Salud Pública y Salud
Animal. Editorial Universitaria Ricardo Palma

9.-Muñoz Saldaña, Y. Málaga, H. 2017 Control de la
anemia en niños, mediante el consumo de huevos de
gallina de traspatio. Revista Biotempo 14(2)159-165pp
Julio-diciembre

10.-Málaga H, Piña J, Denegri A, Stefan T, Cedámonos D,
Alvarado D, et al 2014.Priorización de problemas de salud
comunitaria en una localidad de Lima Metropolitana en el
marco del programa de Municipios Saludables. Rev peru
epidemiol 18(2): e08.

11.- Málaga, H.; Díaz, I.; Urbano, C.; Pun, M Redes Sociales y empoderamiento en el nivel local: Fronteras Saludables Argentina-Paraguay. Rev enferm Herediana. (2008) 1(2):123-9.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Una antología de la Educación para la Salud Análisis Sincrónico y Diacrónico

Prof. Dr. Jesus Antonio Saez Crespo. MD, PhD, MPH & MBA

Presidente de la Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria

Presidente de la Asociación Iberoamericana de Salud Escolar

Real Academia Nacional de Medicina. Instituto de España. Madrid.

Una antología de la Educación para la Salud

Análisis Sincrónico y Diacrónico

Prof. Dr. Antonio Sáez Crespo.

INTRODUCCIÓN

1.1. PRESETANCIÓN

La edad escolar es la época de la vida que mayores esperanzas y promesas concitan, y constituye el semillero del que surgirán adultos con fe en sí mismos, dotados de los conocimientos necesarios para forjar un futuro lleno de éxitos, para ellos mismos, y para la sociedad en la que viven.

La capacidad de un escolar para desarrollar al máximo su potencial de aprendizaje, está directamente relacionada con el efecto sinérgico de una buena salud, una buena nutrición y una educación apropiada.

Proteger la salud de los escolares y jóvenes es un requisito esencial para fortalecer su capacidad de aprender, es un componente esencial de todo buen sistema educativo. La protección de la salud de los escolares es un componente fundamental para lograr la Educación Para Todos (EPT), especialmente para los escolares de las áreas más vulnerables.

“Educación Para Todos” significa garantizar que todos los niños tengan acceso a la educación básica de calidad. Implica crear en las escuelas entornos saludables que preparen y respalden a los niños para aprender: ambientes saludables, agradables, efectivos y afectivos: preparados para educarlos y protegerlos. El desarrollo de tales ambientes constituye una parte esencial de los esfuerzos de todos los países del mundo para aumentar el acceso a la escolarización obligatoria y mejorar la calidad de la educación. (M. PALACIO y A. SAEZ, 2.001)

En la Declaración Mundial sobre Educación Para Todos (EPT) se pone de relieve que tanto las enfermedades como los problemas nutricionales afectan, con frecuencia, a los niveles de matriculación, haciendo más frecuente el ausentismo, el bajo rendimiento académico, y la temprana deserción escolar. Por lo que el desarrollo de programas que promuevan y protejan la salud, la higiene y la nutrición de los escolares, son elementos esenciales para impulsar la meta de EPT.

Una buena salud y nutrición, no son sólo fines, sino también los medios que proporcionan la oportunidad de llevar una vida productiva y satisfactoria. La salud escolar es una inversión en el futuro de un país y en la capacidad de sus ciudadanos para prosperar, como individuos y como sociedad.

Además, la relación entre la salud y la nutrición, y los resultados en una educación de calidad son patentes. En primer lugar, resulta claro que los niños deben estar sanos y bien alimentados para poder participar plenamente del proceso de aprendizaje y obtener el máximo beneficio de la educación. Los programas de Educación Preescolar y de Educación Primaria que se esfuerzan por mejorar la salud y la nutrición de los escolares, logran mejorar notablemente sus posibilidades de aprendizaje y los resultados educativos. En segundo lugar, una educación de buena calidad generalmente redundará en una mejor salud y mejor nutrición para los niños –y especialmente para las niñas– y consecuentemente para las generaciones venideras. Y en tercer lugar, un ambiente escolar saludable y seguro puede ayudar a proteger a los escolares de numerosos riesgos para la salud, del abuso infantil, de la violencia, y de la exclusión social.

Situación Mundial

A partir de 1.995 ha despertado una nueva conciencia social y política a favor de los escolares, en los gobiernos, Organismos Internacionales, y en la Salud Pública, acerca de la importancia de este grupo de población, que constituye la sexta parte de la población mundial, dado que la actual generación de jóvenes es la más numerosa de la historia de la Humanidad, más de 1.000 Millones de personas, de las que más del 85 % viven en países en desarrollo. Los principales problemas a los que se enfrentan son:

- Las parasitosis intestinales son la causa de enfermedad más frecuente.
- La deficiencia de vitamina A es la causa más frecuente de ceguera evitable.
- La deficiencia de yodo es la causa más común de retraso mental y daño cerebral prevenible.
- Los accidentes son la principal causa de muerte e invalidez en la infancia y juventud.
- Uno de cada dos jóvenes, que empieza a fumar y continuará fumando, morirá por enfermedades relacionadas con el uso del tabaco.
- El 5 % de todas las causas de muerte, en jóvenes de 15 a 29 años, es atribuible al consumo de bebidas alcohólicas.
- En algunos países, más del 60 % de las nuevas infecciones por VIH se da en jóvenes de 15 a 24 años, y de los 3 millones de jóvenes que se contagiaron de VIH (2002), las dos terceras partes fueron chicas.
- Unos 73 Millones de escolares trabajan en el mundo, y esta cifra no incluye a las decenas de Millones de menores, niñas en su mayoría, que trabajan en el servicio doméstico.

Todos estos problemas de salud pueden prevenirse, o reducirse significativamente, a través de Programas de Salud Escolar, *“Un Programa de Salud Escolar eficaz, puede ser la inversión más rentable de una nación para mejorar simultáneamente la educación y la salud de un país”* - afirma la Dra. GRO HARLEM BRUNDTLAND, Directora General (OMS, abril 2.000) -.

Las principales causas de mortalidad, enfermedad e invalidez pueden reducirse previniendo las seis categorías de conductas de riesgo que comienzan en la edad escolar:

- el uso del tabaco,
- las conductas que producen accidentes y violencia,
- el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas,
- la dieta inadecuada,
- el sedentarismo, y
- la conducta sexual que conduce al embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual.

Por todo ello, la Asociación Iberoamericana de Salud Escolar y Universitaria, se une al llamamiento de la OMS (1.995) de “INICIATIVA GLOBAL DE SALUD ESCOLAR” que pretende movilizar y potenciar la Promoción y Educación para la Salud Escolar a nivel local, nacional, regional e internacional, con el fin de mejorar los estilos de vida de los estudiantes a través de la Escuela, para que puedan desarrollar plenamente su potencial y evitar los riesgos para su salud, contando con el apoyo de sus familias, profesores, la Comunidad Educativa Escolar y los gobiernos de las naciones. *“El futuro de nuestros jóvenes depende, sobre todo, de sus dirigentes y de las decisiones que tomen”* – Afirma H.E. Nelson Mandela y Graça Machel (UNICEF, 2.002)

La meta de la INICIATIVA GLOBAL DE SALUD ESCOLAR es aumentar el número de escuelas que pueden llamarse "Escuelas Promotoras de Salud". Aunque las definiciones variarán, dependiendo de la necesidad y circunstancia, una Escuela Promotora de Salud se caracteriza por ser una escuela que constantemente fortalece su capacidad como escenario saludable donde los miembros de la Comunidad Educativa viven, aprenden y trabajan.

Situación Española

La sociedad española se enfrenta a retos sin precedentes fruto de estilos de vida inadecuados, que producen lo que se viene denominando «la patología de la abundancia»; exceso de alimentación: obesidad; exceso de bebidas: alcoholismo; exceso de velocidad: accidentes; exceso de oferta de drogas: dependencias. Estas, junto con las enfermedades propias de los países desarrollados, como son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, embarazos en la edad adolescente, paro juvenil, el SIDA, etc., exigen a la Salud Pública española la adopción de medidas estatales, no sólo con el fin de prevenir estos problemas, sino fundamentalmente proteger a la población de los mismos. Así como la puesta en marcha de estrategias multisectoriales dirigidas a capacitar a las personas y grupos de la comunidad para aumentar el control de los propios determinantes de su salud, y así poder mejorarla (OTTAWA, 1986).

Existe consenso mundial en que la Educación para la Salud es un instrumento eficaz para crear hábitos y estilos de vida favorables a la salud, así como para modificar aquellos comportamientos perjudiciales. También existe acuerdo unánime en que la edad escolar es el momento evolutivo más rentable para desarrollar estrategias de intervención, por ser éste el único período en que toda la población es accesible, a través de los colegios, y es equitativo pues se pueden beneficiar por igual todos los ciudadanos. Además, la educación para la salud, es parte de la educación integral de la persona, por lo que está plenamente justificada su presencia en la escolarización obligatoria.

La Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria, en su XIV Reunión Nacional (III Jornadas de Salud Escolar en Atención Primaria), celebradas del 27 al 29 de mayo de 1.997, en Talavera de la Reina (Toledo), acordó sumarse al llamamiento de la OMS (1.995) para colaborar en la transformación de los centros educativos de, educación infantil, primaria, secundaria y, educación universitaria, en Escuelas Promotoras de Salud, basándonos en los siguientes principios:

- la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud (OMS, 1986);
- la Declaración de Sundsvall sobre la creación de entornos escolares saludables (1.991);
- las Recomendaciones sobre las adaptaciones a llevar a cabo para la Promoción de la Salud en la Escuela del siglo XXI de la Declaración de Yakarta (1.997); y
- la Recomendación del Comité de Expertos de la OMS en Educación y Promoción de Salud en la Escuela (1.995). Resolviendo desarrollar **cuatro estrategias**:
 - ✓ Potenciar la investigación de la evaluación, para mejorar la efectividad de los programas de Salud Escolar,
 - ✓ Desarrollar programas de formación y capacitación de profesionales de los Equipos de Salud Escolar,
 - ✓ Fortalecer la colaboración entre el sector educativo y el sector salud, a través de: las asociaciones científicas de Salud Escolar y las Agencias de Educación para desarrollar estrategias de promoción de salud a través de las escuelas; asociaciones de maestros y representantes de los profesionales sanitarios; de las escuelas y los responsables municipales, autonómicos, y nacionales, y los estudiantes y los responsables de los programas locales de salud escolar; y
 - ✓ Crear Redes Regionales e Internacionales para el desarrollo de Escuelas Saludables en Iberoamérica. (SAEZ CRESPO, J. A. 2.002)

Los programas de Salud Escolares son una estrategia eficaz para, además de prevenir las conductas de riesgo, producir mejoras en la salud y la educación. La capacidad para desarrollar al máximo el potencial de aprendizaje en los escolares, está relacionado con una buena salud y una educación apropiada. Así la buena salud y educación no son sólo un fin, sino también el medio para lograr una vida productiva y satisfactoria. La Salud Escolar es una inversión en el futuro de un país y en la capacidad de sus ciudadanos para prosperar, social y económicamente. *“Si los escolares están sanos, sus mentes*

estarán mejor preparadas para aprender. Cuando aseguramos una buena salud y educación estamos ofreciendo la herramienta más poderosa para combatir la pobreza” (KOICHIRO MATSUURA, Director General UNESCO, 2.001)

Por ello, la salud escolar ocupa un lugar prioritario en los esfuerzos de los gobiernos para mejorar la calidad de la educación, y constituye uno de los objetivos centrales de la Declaración Mundial sobre Educación Para Todos (*WORLD EDUCATION FORUM. Dakar, 2001*). Educación para Todos significa proteger la salud de los escolares como requisito esencial para fortalecer su capacidad de aprender, es un componente esencial de todo buen sistema educativo. Esto implica la creación de entornos saludables en la escuela y programas educativos en los que los escolares sean capaces de aprender. *“Las escuelas deben ofrecer higiene y facilidades sanitarias adecuadas, necesitan servicios de salud y nutrición, y una política que garantice su seguridad, a la vez que promueva la salud física y mental. Pero sobre todo, que los escolares logren aprender lo que deben y necesitan aprender” (CAROL BELLAMY, Directora Ejecutiva UNICEF, 2.001)*

El abordaje de los problemas de salud y aprendizaje mediante programas de salud y nutrición en las escuelas no es un concepto nuevo. En muchos países, entre ellos España, existen diversos programas de salud escolar, y Agencias, Organismos e Instituciones, como la Asociación Iberoamericana de Medicina Escolar y Universitaria, con décadas de experiencia en este tema, de las que es preciso aprender de las buenas prácticas (Talavera de la Reina. Centro de Referencia Internacional de Salud Escolar. 2.002). Estas experiencias comunes ofrecen una oportunidad única para fomentar la acción científica coordinada entre los países y los organismos, compartiendo estudios y evidencias para lograr programas de salud escolar más efectivos.

En abril del año 2000, OMS-OPS, UNICEF, UNESCO, Banco Mundial colaboraron en la organización de una sesión de trabajo conjunto en el Foro Mundial de Educación Para Todos, desarrollado en Dakar (Senegal) para concienciar al sector educativo de la importancia de desarrollar programas de salud, higiene y nutrición en las escuelas como parte esencial para alcanzar la Educación para Todos. *“El campo de la OMS es la salud. Sin embargo, tenemos claro que sin una educación adecuada, la salud se perjudica. Y que sin una buena salud, la educación se hace imposible. En este sentido nuestro trabajo está íntimamente ligado y depende recíprocamente. Un programa de salud escolar efectivo, basado en cuatro componentes esenciales – políticas de salud escolar; agua y saneamiento; educación para la salud basada en el desarrollo de habilidades; y servicios de salud escolar – puede convertirse en uno de los instrumentos más costo-efectivos de que disponen los países para mejorar simultáneamente la salud y la educación” (Dra. GRO HARLEM BRUNDTLAND, Directora General. OMS, 2.001)*

Fruto de esta sesión de trabajo, elaboró una propuesta conjunta de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial con OMS/OPS, UNICEF y UNESCO para “Hablar con una sola voz sobre la Salud Escolar” elaborando un nuevo enfoque para mejorar la calidad y equidad educativa, consistente en **Enfocar los Recursos Efectivos en Salud Escolar (RESE OMS, 2.001)**, basado en el desarrollo de cuatro componentes:

- **Políticas de salud escolar eficaces,**
- **Ambiente físico y psicosocial saludable, como premisa hacia un aprendizaje saludable,**
- **Educación para la salud basada en el desarrollo de habilidades personales, y**
- **Creación de Servicios de Salud Escolar.**

Desde esta perspectiva, un Programa Efectivo de Salud Escolar:

- Responde a una necesidad nueva
- Fortalece la eficacia de otras inversiones a favor del desarrollo infantil
- Promueve mejores resultados educativos
- Contribuye a una mayor equidad social y
- Es una estrategia altamente costo-efectiva

Los Recursos Efectivos en Salud Escolar (RESE), procuran contribuir con un enfoque NUEVO para mejorar la calidad y la equidad en la educación, al desarrollo de las Escuelas Promotoras de Salud, capaces de proteger a los escolares y facilitar la Educación Para Todos.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

El tema que presentamos, trata de analizar la fundamentación doctrinal en que se basa la educación para la salud, examinando la evolución conceptual de esta materia prácticamente desde sus orígenes hasta la actualidad, para en función de estas bases conceptuales examinar las estrategias de intervención en los diferentes grupos diana de la población.

La Educación y Promoción de la Salud son necesarias para:

1. **Mejorar la salud de la población**, mediante la capacitación de las personas y grupos de la comunidad, para tomar decisiones sobre su salud, de manera que la decisión más fácil de tomar, sea la que promueva la salud.
2. **Prevenir la enfermedad**, pues la ignorancia y el subdesarrollo son los principales factores condicionantes del progresivo deterioro de la salud en el mundo, debido al desfase, cada vez mayor entre los países desarrollados y los menos adelantados. La condición "sine qua non" para alcanzar ese futuro que todos deseamos es la "Educación Para Todos".

En vísperas del Tercer Milenio la educación aparece, más que nunca en el pasado, como el pilar más sólido sobre el que edificar el futuro de los pueblos del mundo. Constituye el vínculo ineludible para la iniciación de una vida digna de ser vivida como auténticos seres humanos. La educación es el medio idóneo para crear un mundo solidario, lleno de libertades, de plena participación y respeto de las identidades culturales y creencias que permita una convivencia genuinamente democrática. Las transformaciones que se requieren para ello son muy profundas y deben hacerse coincidiendo con el comienzo de la vida misma. De aquí la importancia de la educación para la salud desde la edad infantil. El personal de salud y los maestros son, junto a los padres, y particularmente las madres, los grandes actores sociales de este cambio sustancial del que depende, lo digo con profunda convicción, este mundo más luminoso, que debemos forjar entre todos favoreciendo el desarrollo intelectual de cada persona. En el Tercer Milenio tenemos que hacer frente al desafío que representa la ignorancia, la pobreza y la enfermedad. La edad infantil es el momento en el que se establecen las diferencias entre ricos y pobres. Es aquí precisamente donde se establece la enorme zanja, que constituye una afrenta para la humanidad entera y en la que se enraízan la mayoría de las actitudes de intolerancia, de exclusión, de indiferencia.

“El mundo que vamos a dejar a nuestros hijos depende, en gran medida, de los hijos que dejemos a nuestro mundo”. Las esperanzas del futuro están depositadas en los niños y niñas preescolares de hoy y en su preparación para afrontar los problemas de salud del siglo entrante.

3. **Mejorar la calidad de vida.** Disponemos en la actualidad de los medios necesarios para prevenir la mayoría de los problemas que afectan a la población. Sin embargo, mientras siguen progresando los conocimientos científicos y tecnológicos, al distribuir estos beneficios, se pierde la equidad. La educación para la salud es un instrumento básico para regular esta distribución equitativa de bienes y servicios sanitarios. La educación para la salud es básica para lograr un desarrollo humano satisfactorio, sostenible y equilibrado. Por ello, la inversión que hagamos en educación y promoción de la salud hace posible que las personas puedan participar en el crecimiento y puedan compartir sus beneficios. Es nuestra responsabilidad, como profesionales de la salud, contribuir a mejorar la calidad de vida de la población en el momento actual y prevenir los problemas que podemos predecir que ocurrirán en el Tercer Milenio. En el umbral del siglo XXI, la educación para la salud necesita más que nunca de nuestro empeño y apoyo. El sistema sanitario, en toda su historia, no ha desempeñado jamás un papel tan crucial en el diseño de un futuro común de todos, con todos y para todos.
4. **Reforzar la capacidad de la población para afrontar los problemas de salud.** La Educación para la salud corrobora los principios de la antigua sabiduría hipocrática: "la cultura incide decisivamente en la salud, en la medida que determina las modalidades de comportamiento cotidiano –usos, creencias, y costumbres –vigentes en cualquier sociedad". Por eso la modificación de los patrones culturales ejercen gran influencia en el bienestar de la población. En el marco de cada cultura existe una relación entre desarrollo económico, nivel de educación para la salud, democratización del sistema social y la paz. Es un nexo de índole interactiva, que propicia el florecimiento cultural y contribuye al bienestar personal y colectivo.

La influencia de la cultura en la salud de la población y el impacto de la educación sobre los hábitos insanos es casi inmediata. La lucha contra el consumo de drogas, la educación alimentaria, o la contaminación ambiental, son ejemplos. Así como las medidas higiénicas que permiten prevenir las epidemias se convierten en factores de cambio social de gran trascendencia, gracias a la alfabetización y la elevación del nivel educativo de la población.

La educación para la salud desde la edad infantil, basada en la pedagogía del amor y el ejemplo, es el medio más eficaz para desarrollar la cultura de la salud, cuando el niño es aún pequeño y no tiene hábitos y estilos de vida arraigados, y contribuir a mejorar las condiciones de salud de los pueblos.

2. CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA SALUD

Evolución histórica

La Metodología, o forma clásica de clarificar la identidad científica de la Educación para la salud, ha sido recurrir a estudiar su desarrollo a través del tiempo, describiendo sus orígenes, las fases o períodos por los que ha transcurrido hasta su confluencia con la actualidad.

La educación para la salud podemos considerarla como una actividad inherente a la naturaleza humana, y su origen tan remoto como la Humanidad. En todas las épocas encontramos consejos sanitarios para la información popular de los grandes conductores de los pueblos, como Moisés, Licurgo, Confucio o Mahoma.

Ya en los primeros testimonios de literatura médica, **Código de Hammurabi** (1.800 a. de J. C.), y en el **Levítico**, se pueden encontrar consejos higiénicos que reflejan la preocupación del hombre por conservarse sano y vigoroso. Para ello, es necesario observar determinadas normas de comportamiento, no sólo para conservar la salud, sino para mejorarla.

En la época clásica griega, los **Preceptos de la Salud** de Plutarco, siglo I (d. de J. C.) que destaca la importancia de la educación para la salud en el ocio y tiempo libre. Así frente al régimen recomendado por los médicos hipocráticos a los ricos ociosos, dice Plutarco: *"No se puede obtener la salud por el ocio y la inactividad, que son los mayores males, servidores de la enfermedad; el que trata de conservar la salud en la pigracia y el ocio, es como el que preserva sus ojos no viendo, y su voz absteniéndose de hablar. Pues un hombre sano, no puede hacer nada mejor que dedicarse a numerosas actividades"*

Durante la Alta Edad Media se escribieron pocas obras de educación higiénica. Cabe destacar al catalán Jehan Jacme D'Argramont, autor del más antiguo de los tratados sobre la peste, que en 1348 al estallar la epidemia de peste negra escribió: *"Huid rápidamente del lugar inficionado. Si no podéis, purificad la casa haciendo penetrar el sol, fumigándola y empleando abundante vinagre. Nada debe desanimaros, ni desesperaros. El temor sólo produce grandes daños y ningún bien"*. Este tratado, en el que se explicaban las causas de las epidemias, sus síntomas, la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades transmisibles, puede considerarse como el primer esfuerzo de información popular a gran escala, publicándose más de 300 ediciones entre 1348 y 1720, en diversas lenguas.

También en este período, merece señalar el **Régimen Sanitatis Salernitanum**, llamado «el libro más popular sobre la higiene, no sólo de la Edad Media, sino de todos los tiempos». Es un poema didáctico lleno de máximas, al gusto literario de la época, sobre el modo de conservar la salud: *"Respira aire puro, claro y soleado, limpio de enfermedad y de miasmas de los sumideros"*. Está lleno de rasgos de humor y sentido común, recomendando la moderación o "régimen" en todo, la tranquilidad y la vida sencilla. Aconseja al lector que: *"madrugue, se lave con agua fría, se limpie los dientes, pasee, no duerma durante el día, evite las corrientes y los malos olores"* Esta obra debe haberse citado tanto como el Quijote, pues como hemos dicho, raras veces no se citan algunos versos del "Régimen", del que se hicieron más de 500 ediciones, impresas en hebreo, latín, persa, y todas las lenguas europeas.

En los siglos XIV y XV, aparecen numerosos libros destinados al gran público, dedicados a damas y caballeros de la alta sociedad y educación de príncipes, con consejos de régimen alimentario, higiene de la boca y dientes, cuidado del cabello, baños, etc. Aconsejaban, con sentenciosa cordura, todo aquello que puede hacer saludable acomodo al cuerpo. Exhortan la moderación (régimen) en el comer y beber, resplandeciendo la templanza, como noble virtud de la sobriedad, como el más sano de los ejercicios.

Juan Soropan de Rieros recopiló muchos de estos consejos, en **"La Medicina Española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua"** (1.616). El autor dice en la portada de la obra: *"Es muy provechosa para todo género de estados, para el buen régimen de la salud y alargar más la vida"* Consta este libro de dos partes: La Primera recoge cuarenta y tres refranes referidos al uso moderado de la comida y bebida, del descanso y ejercicio físico, etc. La Segunda Parte del libro se refiere a refranes sobre la buena crianza de los hijos, la higiene de las costumbres familiares y la preservación de las epidemias. El primero de los refranes es: *"Si quieres vivir sano, hazte viejo temprano"*, haciendo una llamada a la prudencia que suele acompañar a la madurez. Cada refrán es acompañado por explicaciones y enseñanzas, que hacen cada uno de ellos, un prodigio de erudición y ciencia al estilo de la época. Otros refranes posteriores hacen referencia a la templanza en la mesa: *"De hambre a nadie vi morir, de mucho comer a cien mil"*, *"Quien quiera vivir sano, coma poco y cene temprano"*, *"Más mato la cena que sanó Avicena"*, *"No le quiere mal, quien le quita al viejo lo que ha de cenar"*, *"Si quieres vivir sano, hazte viejo"*

temprano". Otros refranes hacen referencia a las características de algún alimento, a su calidad: "*Si quieres comida mala, come liebre asada*", "*Tapar la nariz y comer la perdiz*", "*Buena es la trucha, mejor el salmón, bueno es el sábalo cuando es de sazón*". Advierte uno de los proverbios lo perjudicial que puede ser el queso: "*El queso es sano, el que da el avaro*", mayormente si es añejo pues "ofende al estómago y engendra piedras en los riñones y la vexiga" Todos los refranes que hacen al buen gobierno de la salud parecen encerrarse en uno sólo: "*Dieta, mangueta y siete nudos en la bragueta*" Tres remedios eficaces y con los cuales el prudente, si los usare, conservará la salud del cuerpo y, de paso también al alma, si le conviene.

El humanismo trajo consigo la reaparición de las ideas de inspiración clásica griega, de «la verdadera cultura», que insistían en la importancia de la educación, sobre todo lo referente a la medicina y la higiene.

La **Utopía** de Sir Thomas More (1516), contenía para su imaginario Estado, un programa que abarcaba todas las cuestiones esenciales relacionadas con la salud personal y la higiene pública, y el humanista Thomas Linacre (1460-1542), maestro de Erasmo y fundador del Royal Collage of Physicians, contribuyó notablemente a la educación para la salud con su **Compendius Regimen o Dyatorye of Health**.

El primer libro que podemos considerar de Medicina Familiar fue "**The Englishman's Treasure**" que fue objeto de innumerables ediciones entre 1.577 y 1. 888. Y una de las primeras obras sobre Higiene Mental fue la de Thomas Tryron "**Wisdom's Dictates or Aphorisms and Rules for Preversing health of Body and Peace of Mind**", publicada en 1.696.

El siglo XVIII, siglo de la Ilustración, se emprendió con gran entusiasmo la educación en el campo de la higiene, volviendo a ponerse en boga los poemas didácticos, como el de Henry Baker, **An Invocation on Health** (Londres, 1724) y el de John Armstrong, **The Art of Preserving Health: A poem in Four Books** (Londres, 1741). Los cuatro libros de poemas de Armstrong están dedicados al aire, los alimentos, el ejercicio y las pasiones. En la dedicatoria expresa el deseo de instruir al público. Refiriéndose al ejercicio, observa: "*De todos los deportes, para el pecho nadar es el mejor: eso es un hecho. Nadando todo músculo ejercitas, y ya no otro ejercicio necesitas. Y aunque nadar es acción violenta, el cuerpo no clienta*".

La obra de William Cadogan, **Essay on Nursing and the Management of Small Children** (Londres, 1747), constituye una aportación pedagógica importante en la educación para la salud materno-infantil. Recomienda a las madres que sean ellas las que críen a sus hijos, y no las niñeras; que los niños disfruten de aire puro, de ropas limpias, holgadas y ligeras, suprimiendo los pañales ajustados, que se cuidara de cambiarles la ropa con frecuencia, y en contra de lo que se pensaba en la época que se les diera un régimen alimenticio de frutas y verduras frescas.

El término de "ortopedia" se generalizó después de la publicación de la obra de Nicolás Andry "**L'Orthopedie, ou l'Art du prévenir et corriger dans les enfants les Difformités du Corps**" (París, 1.714). También Andry se oponía, a la práctica tradicional de la época, de inmovilizar a los recién nacidos con los pañales ajustados, y logró demostrar las numerosas deformidades que esta práctica producía en los niños.

El concepto de higiene y salud positiva se debe a la obra de Charles-Agustín Vandermonde, de la Facultad de Medicina de París, que en 1.760 publico su "**Dictionnaire de Santé**", en la que afirma: "*Los hombres son la verdadera riqueza del estado, y sin embargo la mas descuidada.... Creo que nuestros cuerpos pueden alcanzar mayor perfección, que se puede prevenir su degeneración observando normas*

sencillas y principios naturales, y que el mismo sentido común puede dar grandes ventajas para la mejora de la salud del cuerpo".

Con John Wesley, surge la educación para la salud centrada en los intereses y necesidades de la población, con una visión cultural sencilla, al alcance del pueblo llano, su «**Primitive Physick or An Easy and Natural Way of Curing Most Diseases** (Londres, 1747), dio lugar a la expansión de publicaciones de pequeños folletos sobre higiene.

Uno de los libros de educación para la salud más notables y amenos de la época es el **Gesundheits Katechismus**, de Bernhard Christoph Faust (Buckeburg. 1794) destinado como manual de instrucción a padres, profesores y alumnos.

A finales de esta época, John Sinclair, en **Code of Health and Longevity** (Edimburgo, 1808), compendió de las obras sobre educación higiénica hasta la fecha, que en aquellos tiempos existían ya mil novecientas publicaciones.

En el siglo XIX, Edwin Chadwick ejerció un fuerte impulso a la higiene pública en Inglaterra. Su informe "**Sanitary Condition of Laboring Population of Great Britain**" (1842) llega a concluir que, la miseria de la Población trabajadora se debe al ambiente de inmundicia en el que vivía, y demuestra mediante estadísticas sanitarias, sin dejar lugar a dudas, que la medicina preventiva eleva el nivel de vida y de conducta.

Southwood Smith, en **The Philosophy of Health** (Londres, 1835), preconiza la educación para la salud popular como medio para alcanzar mayor eficacia de las medidas legislativas sanitarias, y con este mismo fin, crea la primera Asociación Inglesa de Educación para la Salud Comunitaria, **Health of Town Association**.

Florencia Nightingale inició en Buckingham un sistema de visitas domiciliarias que se conoció con el nombre de «demostraciones sanitarias» cuyo fin era educar. En su "**Notes of Nursing**" (Londres, 1880) dice «*el fin de la enfermera visitadora no debe ser aliviar, sino educar*». «*Es inútil dar lecciones a domicilio: a la gente no le gusta recibir lecciones. Es menester vivir entre ellas, en su cultura, y hacerse amiga suya*». Más tarde, crea la St. Pancras School for Mothers (1 907); el British Social Hygiene Council (1 914) que produce gran cantidad de documentación e información sanitaria, y el Central Council for Health Education (1927) que se dedica a la formación de enfermeras en esta materia.

En FRANCIA, la Educación para la Salud, toma auge con el establecimiento del Centre National d'Education Sanitaire con funciones docentes, informativas e investigadoras.

En los ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA aparecen revistas de educación sanitaria, como son, **Medical and Agricultural Register** de Daniel Adams (1806) o **Journal of Health** (1 830) cuyo lema era «*la salud es un deber*», aunque la primera revista importante de higiene pública fue **The Sanitarian** (1873). Del mismo modo que en Europa, se suceden las guías, brevarios, códigos de salud, etc. y obras importantes como las de William Bucham, Robert Wallis, Horacio Mann, Hermann Biggs, que junto con la creación de asociaciones para la educación sanitaria popular, trajo consigo la aparición de numerosas publicaciones, desarrollándose la educación sanitaria en dos sentidos: la educación para la salud en la escuela y en la comunidad.

En 1918 el Ministerio de Educación de los EE.UU. de América publica el primer número de **Educación Sanitaria** y la Child Health Education adoptó oficialmente el término propuesto por Sally Lucas Jean de «Health Education», cuyo fin principal de esta organización era «enseñar a los niños

conocimientos y costumbres higiénicas sencillas a través del maestro», preparando el opúsculo "**Rules of the Game**".

La educación para la salud comunitaria, comienza sistemáticamente a partir de 1914 con la inauguración de una serie de «demostraciones locales» que trajeron consigo gran cantidad de publicaciones sobre el tema.

En ESPAÑA, al igual que en el resto de los países de nuestro entorno, se desarrolla la medicina social impulsada por destacados salubristas como, M. Seoane con "**Consideraciones generales sobre estadística médica**" (1.838), y P. M. Monlou con su obra de educación sanitaria "**El monitor de la salud de las familias y de la salubridad de los pueblos**" (1.847).

A partir de 1.848 es de destacar el protagonismo creciente de la participación de la comunidad, que Pedro Laín denomina "la rebelión del sujeto", que dará lugar a cambio en el sistema de atención sanitaria hacia la socialización de la asistencia médica.

Es de destacar en 1.855 la Constitución de Isabel II (Cortes de Cádiz), que fue el primer compromiso del estado en proteger la salud de los ciudadanos. En 1.857 aparece ya la primera disposición ministerial que incluye la enseñanza de la higiene en los programas escolares. En 1.898, en el marco del IX Congreso Internacional de Higiene, se plantea la necesidad de integrar la educación sanitaria en los programas escolares obligatorios. Todos estos avances y planteamientos innovadores de educación integral para la vida, planteados por la Institución Libre de Enseñanza, se ven paralizados por la Guerra Civil Española.

Revisada brevemente la panorámica evolutiva de la educación para la salud, es de interés resaltar algunos cambios que en época reciente se están experimentando en los métodos de educación para la salud, desde 1954 con **La Primera Reunión del Comité de Expertos en Educación Sanitaria Popular de la OMS**. hasta la actualidad, debido a la experiencia acumulada a lo largo de los años, las innovaciones producidas en las ciencias sociales y del comportamiento, y el gran desarrollo de la tecnología educativa, que han ampliado el ámbito de conocimiento en la educación para la salud.

Concepto clásico.

La educación para la salud popular, en un principio se desarrolló según la **concepción biomédica** de salud / enfermedad derivada del sistema de valores de la Medicina alopática:

- La atención de salud era patrimonio de los profesionales, sometiendo a la ciencia médica todos los aspectos de la vida.
- Con frecuencia, se asociaba la atención de salud con atención profesional, con distinción entre prestadores y usuarios de servicios de salud, donde sólo los profesionales están capacitados para evaluar las necesidades de salud de la población, sin dar importancia a los factores sociales, culturales y psicológicos de la población.

Los objetivos de la educación para la salud eran (OMS, S.I.T. n° 89):

- "Responsabilizar al individuo / comunidad de su comportamiento sanitario y estado de salud,
- Ayudar a los individuos a alcanzar la salud mediante su comportamiento y esfuerzos,
- Motivar a la gente por mejorar sus condiciones de vida".

La **hipótesis** de trabajo se basaba en el supuesto de que la gente tendría mejor salud si actuaba en la forma recomendada por los sanitarios. En el pasado, los prestadores de atención sanitaria se han centrado

fundamentalmente en la modificación del comportamiento individual, dando por supuesto que el individuo es el único responsable de su estado de salud. Esto equivale a culpar al enfermo, al pobre y al miserable de su propia enfermedad, pobreza y miseria, ignorando, en bastantes casos, que lo que se ha de cambiar no es sólo al individuo, sino también, al medio social donde vive.

Las metas a conseguir son: (OMS, SIT nº 156)

- «Poner al educando en condiciones de elegir y decidir por sí mismo respecto a las cuestiones sanitarias,
- inculcándole conocimientos que desarrollen su criterio y comprensión, y
- facilitando la acción del individuo».

Las actividades a realizar por los prestadores de atención de salud, consistirán principalmente en «la transmisión de información sanitaria correcta al público en general». En este período centrado en la información, que solía presentarse en un tono «magistral» y «paternalista», los administradores de salud pensaban que, escuchar una conferencia, contemplar un cartel o ver una película, conducían al individuo por el «buen camino», estimulando a la gente a desear, lo que ellos mismos piensan que debían desear, elaborando mensajes encaminados a persuadir a la gente. Cuando estas actividades no lograban los objetivos previstos, achacaban los fallos a la educación sanitaria.

La metodología estaba fundamentada en el marco del sistema de valores de los servicios profesionales de la medicina alopática, con el establecimiento de estrategias clínicas, las cuales implican que los que «saben» (personal sanitario) han de diagnosticar las necesidades individuales o comunitarias, y en función del diagnóstico, establecer el tratamiento educativo apropiado.

El método se basaba en:

- La transmisión hacia fuera y hacia abajo de conocimientos sobre la salud a los individuos, que suponían pobres en ideas sobre el modo de evitar o combatir las enfermedades.
- La metodología intrínseca consistía en «considerar los problemas sanitarios desde el punto de vista educativo, y como tal adoptar medidas de índole didáctica y práctica para tratar las enfermedades».

Aunque la **Evaluación Inicial**, ya en el I Comité de Expertos de Educación Higiénica del Público (1954), se puso de relieve la importancia de la valoración de los aspectos culturales, psicológicos sociales, y la estructura socio - económica en el establecimiento de determinados comportamientos de la población, pocas veces se han tenido en cuenta en la programación de actividades y se hizo relativamente poco para comprender las creencias y prácticas tradicionales en materia de salud, a la hora de establecer las oportunas estrategias educativas. Esta observación se hace extensible para el tema de la participación de los pacientes, pues los individuos no participaban en el establecimiento de las prioridades y eran beneficiarios pasivos de los servicios de atención de salud, cuando éstos existían.

La **Evaluación final y seguimiento** de los objetivos alcanzados se medían en función de los resultados, tales como, la observancia del tratamiento por el paciente, la reducción de los hábitos nocivos o el acortamiento del período entre el comienzo de una enfermedad y el momento en que el paciente busca el tratamiento.

La educación para la salud, por lo tanto, desde esta perspectiva clásica encarnaba los valores derivados de la medicina tradicional alopática, incluidos sus fines, técnicas terapéuticas, de diagnóstico y sus criterios, en cuanto al éxito de sus intervenciones; donde sólo los profesionales de la salud estaban capacitados para evaluar las necesidades, establecer el sistema de prioridades de la comunidad y los criterios de valoración de los programas de educación para la salud desarrollados.

Definiciones clásicas

Son definiciones de educación para la salud, en este período que denominamos clásico, entre otros, las siguientes:

WOOD (1926) la define como «la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad».

GOLDBERT (1948) es «el procedimiento que entraña traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamiento adecuadas, individuales o comunitarias, valiéndose de la educación».

DERRYBERRY (1943) la educación sanitaria es fundamentalmente «un proceso de aprendizaje encaminado a modificar, de manera favorable, las actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de la población».

TURNER (1966) toma el concepto en su sentido más amplio como «el conjunto de experiencias y situaciones que, en la vida de un individuo, de un grupo o de una colectividad, pueden modificar sus creencias, sus actitudes y su comportamiento en relación con los problemas de salud».

GILBERT (1959) gran experto canadiense, la educación sanitaria popular consiste en «instruir a las gentes en materia de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su salud».

SEPPILLI, fundador de la escuela italiana de educación sanitaria, ubicada en la Universidad de Perugia, la educación sanitaria «es una intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera, los comportamientos relacionados con la salud». Ello presupone el conocimiento del patrimonio cultural; del grupo y la localización de sus intereses, y requiere la remoción de las resistencias que el grupo opone a la intervención.

BIOCCA, ofrece una definición descriptiva de la Educación Sanitaria, como «una especialización que persigue aplicar principios educativos para promover cambios de conducta con respecto a la salud en el individuo o la comunidad».

En todas estas definiciones elaboradas por estos, y otros autores clásicos, como DAVIS, BAVER, GROUT, etc. son parecidas, y encontramos **características comunes**:

1. El objetivo fundamental es adquirir conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la prevención de enfermedades y el fomento de la salud.
2. El método para conseguir este objetivo son actividades educativas dirigidas a individuos y grupos, que tendían a responsabilizarles de su salud, sin incidir sobre el medio físico o social donde viven estos individuos.

3. La educación para la salud en el momento actual

Continuando al análisis diacrónico o histórico del concepto de la educación para la salud, consideramos ahora las aportaciones actuales de las principales corrientes de la moderna Salud Pública, con el fin de clarificar el marco conceptual de la educación para la salud

Al período «informativo» anteriormente descrito, le sucedió otro basado en la «ingeniosidad» por el aspecto ameno de los materiales utilizados para realizar estas enseñanzas como son, películas, pósters, folletos, etc. sobre los aspectos sanitarios que se pretendían prevenir. No obstante, los resultados fueron poco alentadores respecto a las grandes expectativas que despertaron en el personal sanitario, dado que su aplicación para combatir las enfermedades transmisibles epidémicas propias de la primera mitad del siglo XX, no era homologable a la aplicación de los problemas actuales, como la higiene personal, el alcoholismo, el consumo excesivo de medicamentos, los accidentes, etc., basado en los estilos de vida inadecuados y la influencia del medio ambiente desfavorable al desarrollo de comportamientos promotores de salud.

La salud tiene un carácter intersectorial, por lo que la educación para la salud no es ya prerrogativa de un solo grupo de profesionales (sector sanitario), sino que es de interés común para todos los que trabajan en el campo del desarrollo sociocultural y comunitario.

Por otro lado, el desarrollo de las ciencias de la conducta y el comportamiento aplicadas a los hechos socio - comunitarios, pusieron de relieve que la propia exposición de los hechos, no produce necesariamente un cambio de conducta, así como la ignorancia no es la única responsable del proceso de enfermar. De aquí, surge un nuevo sentido en la pedagogía sanitaria aplicada a la comunidad, que no sólo se limitará a extender conocimientos, sino que además, deberá crear las condiciones ambientales necesarias para que los hombres puedan emplearlos adecuadamente y convertirlos en conductas saludables, tanto a nivel individual como colectivo.

En su concepto actual, la Salud Pública, comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas a la promoción (fomento y protección) y restauración de la salud de los individuos, grupos y colectividades. Se trata de los esfuerzos organizados de la comunidad para incrementar y defender la salud de sus habitantes, y para restaurarla cuando se ha perdido. La educación sanitaria es una acción fundamental para la consecución de estos objetivos.

En la **época moderna** de la Salud Pública, se pueden distinguir, en los países actualmente desarrollados, **dos etapas** claramente diferenciadas: (Tabla I)

- En la **primera etapa** (desde mediados del siglo pasado hasta bien entrado el siglo XX), los problemas de salud predominantes eran las enfermedades infecciosas (tuberculosis, diarreas infantiles, cólera, paludismo, enfermedades propias de la infancia, etc.).
- En la **segunda etapa** (época actual) la morbilidad y mortalidad predominante la constituyen las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, cirrosis hepática, etc.) y los accidentes.

TABLA I.- Evolución de la Educación Para la Salud en los períodos de la Salud Pública

Período clásico	Período actual
<p>Problemas salud: Enfermedades infecciosas y carenciales.</p>	<p>Problemas salud: Enfermedades crónicas y accidentes.</p>
<p>Explicación: -Factores ambientales desfavorables. -Pobreza. -Ignorancia.</p>	<p>Explicación: - Estilos de vida (43%) - M.A. (19%) - Biología (270/o) - Sistema sanitario (11%)</p>
<p>Objetivos: Protección.</p>	<p>Objetivos: Promoción y Restauración.</p>
<p>Medidas sanitarias 1ª. Revolución Epidemiológica (Terris) - Mejora condiciones socio-económ. - Saneamiento M.A. - Inmunización. - Educación sanitaria.</p>	<p>Medidas sanitarias 2.' Revolución Epidemiológica (Terris) - Fomento. - Protección. - Asistencia. - Restauración.</p>
<p>Acciones Educación Para la Salud: E.S. prevención y control. - Acción individualizada. - Educación persuasiva. - Información = Ingeniosidad. - Responsabilización comportamiento del individuo.</p>	<p>Acciones Educación para la Salud: E.S. integral: - Acción factores internos y externos. - Fomento salud positiva: creación hábitos saludables. - Eliminación F.R.: modificación comportamientos. - Participación activa en programas. - Participación en auto-examen y en Screening. - Educación pacientes: Compliance. - Uso de servicios sanitarios. - Salud comunitaria: participación.</p>

Gracias a la mejora de las condiciones socioeconómicas y a las medidas específicas de Salud Pública (saneamiento del medio ambiente, inmunizaciones, educación sanitaria, etc.) las enfermedades infecciosas fueron casi vencidas en estos países durante lo que Terris llama «**Primera Revolución Epidemiológica**». Ello fue posible porque la mayor parte de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas de esta etapa (época bacteriológica de la Salud Pública) obedecía a factores ambientales desfavorables, tales como, la contaminación del agua de bebida, la ausencia de sistemas de evacuación de excretas, el hacinamiento en viviendas insalubres, el consumo de leche y alimentos contaminados, la proliferación de insectos y roedores, la alimentación deficiente, las malas condiciones higiénicas de los lugares de trabajo, y también, en gran medida, a la ignorancia de la población en cuestiones de salud.

En la **época actual**, en la que la patología predominante la constituyen las enfermedades crónicas y los accidentes, hemos entrado en una nueva etapa de la historia de la Salud Pública, a la que Terris llama «**Segunda Revolución Epidemiológica**». En esta etapa, la educación sanitaria, que ya fue importante en la lucha contra las enfermedades transmisibles durante la primera revolución epidemiológica, ha pasado a ocupar un lugar central en las estrategias de la Salud Pública, ya que tanto la prevención y control de las enfermedades crónicas, como la de los accidentes, dependen, en gran medida, de los estilos de vida y comportamientos en salud, y por lo tanto, de la educación para la salud.

La **educación sanitaria es fundamental**, para que la población comprenda las bases científicas y la necesidad de los programas de Salud Pública, para que participe activamente en la toma de decisiones, para su puesta en marcha, y para que dé soporte a las medidas que se emprendan. También lo es para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos insanos (prevención primaria), con objeto de eliminar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas puestos de manifiesto por los estudios epidemiológicos (consumo de tabaco, de alcohol, de drogas ilegales, consumo excesivo de alimentos hidrocarbonados, etc.) y para que participe activamente (autoexamen, detección de los primeros síntomas y signos de las enfermedades crónicas) o pasivamente (screenings) en el diagnóstico precoz de las enfermedades, lo cual, en algunos casos, mejora el pronóstico de la afección (prevención secundaria). Por último, la educación sanitaria es fundamental para persuadir a los individuos afectados de enfermedades crónicas para que participen activamente en el tratamiento de su enfermedad y sigan estrictamente las recomendaciones terapéuticas prescritas por su médico.

Si la educación sanitaria es en la actualidad un instrumento primordial para la prevención de las enfermedades y para su curación, igual que lo fue en el pasado durante la época bacteriológica de la salud pública, hoy en día esta técnica se ha hecho imprescindible para el fomento de la salud de la población y el logro de niveles óptimos de «salud positiva». Aun en ausencia de enfermedad, el logro de niveles de salud positiva depende, en gran parte, de las conductas que adoptan los individuos, grupos y colectividades en relación con la alimentación y nutrición, la actividad física, el control del estrés, número de horas de sueño y el reposo, y la utilización razonable del ocio. De ahí, la importancia de la educación sanitaria para conseguir que estas conductas sean positivas.

En los **países desarrollados** existe, hoy en día, acuerdo general sobre la importancia de los estilos de vida en la causalidad de los problemas de salud prevalentes. Asimismo, nadie discute, en estos países, la importancia de los comportamientos como determinantes del nivel de salud positiva alcanzado por los individuos, grupos y colectividades. También hay unanimidad en la importancia atribuida a la observancia o cumplimiento de las recomendaciones y prescripciones del médico en la restauración de la salud («compliance»).

En todos estos países se ha señalado la necesidad de poner en marcha programas de educación sanitaria con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad derivadas de los hábitos insanos, fomentar la salud de los ciudadanos, y contribuir a su restauración cuando se ha perdido. El objetivo último de estos programas es modificar los comportamientos de la población en sentido favorable a la salud.

En nuestro país en los últimos años, se ha hecho sentir también este movimiento reivindicativo de la educación sanitaria como uno de los instrumentos fundamentales de la salud pública actual.

Así, por ejemplo, en el **artículo 43 de la Constitución Española de 1978**, reconoce el «derecho a la protección de la salud», y declara que «compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de los servicios necesarios». Se afirma que «los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte, y facilitarán la adecuada utilización del ocio».

En la **Ley General de Sanidad**, cuyo objetivo es precisamente, según se afirma en el título preliminar, «la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución», se encuentran diversas referencias que responden al desarrollo de este mandato constitucional a los poderes públicos para que fomenten la educación sanitaria de la población.

Así, en su **artículo 5º** de la **Ley General de Sanidad** se declara que «los poderes públicos promoverán el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada educación sanitaria de la población». En el mismo artículo se señala que «los servicios de salud deberán quedar organizados de manera que sea posible articular una amplia participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución». «La participación comunitaria se hará extensiva a la gestión y planificación de las instituciones sanitarias concretas». En este artículo se sientan las bases de lo que hoy en día se conoce como «participación de la comunidad», la cual es un punto fundamental de la salud comunitaria. Como es lógico, y tal como se señala en este artículo, para que la participación comunitaria pueda realizarse con propiedad y eficacia, es necesario que previamente la población haya sido sensibilizada por las cuestiones de salud e instruida sobre los problemas de salud prioritarios en su comunidad y la forma de solucionarlos, para todo lo cual es fundamental la educación sanitaria.

En el **artículo 6º** se señala también que «el sistema de salud deberá estar orientado:

- 1.- A la promoción de la salud.
- 2.- A garantizar que todas las acciones sanitarias que se desarrollen vayan dirigidas a la prevención de la enfermedad y no sólo a su curación.
- 3.- A garantizar la asistencia sanitaria de toda forma de pérdida de salud, incluida la salud mental.
- 4.- A promover todas las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.»

Y para alcanzar estos objetivos, es **fundamental la educación sanitaria**.

Por último, en el **artículo 15**, se afirma taxativamente que «el sistema de Salud desarrollará entre las actuaciones básicas la adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria, como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria..... »

Hoy día, a pesar del gran desarrollo alcanzado por las ciencias médicas, la tecnología de la salud, los adelantos en los modernos medios de diagnóstico y terapéuticos, se ha llegado a un punto límite en los aspectos de atención de salud a la población. Para superar este punto y contribuir al mejoramiento de la situación sanitaria, es necesaria la participación activa de la población, en las actividades de protección y

fomento de la salud, dado el gran aumento de los gastos médicos, y las limitaciones logísticas a la prestación de atención sanitaria.

En este sentido, la **Declaración de Alma Alta**, dio especial importancia a la educación para la salud, como medio importante para promover la participación de todos y convertirlos en verdaderos artífices de su propia salud y desarrollo. Designándola como la primera de las ocho actividades esenciales en Atención Primaria de Salud: *«el ejercicio del derecho y el deber que tiene el pueblo de participar en la educación de los principales problemas de salud y los métodos de prevención y lucha correspondientes»*.

En consecuencia la **Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000 y el 7º Programa General de Trabajo de la OMS.**, dan más importancia que nunca a la información y a la Educación para la Salud en la tarea de alcanzar para todos los ciudadanos *«un grado de salud que les permita desarrollar una vida social y económicamente productiva en armonía con el medio ambiente»*. Para lograr esta meta el **6º Informe de la OMS sobre la Situación Sanitaria Mundial** enuncia que *«la salud se ha de conseguir, y no puede ser impuesta, por consiguiente, el requisito para la consecución de la salud es la voluntad resuelta de la población. Y para forjar esta voluntad es indispensable la Educación para la Salud»*.

Los **principios** que deben guiar la **Salud Pública**, según el Director General de la OMS. (1976), dentro del marco anteriormente descrito, serán:

- Tratar de fomentar la autoresponsabilidad individual y colectiva.
- La comunidad deberá hacer lo necesario para mejorar su salud.
- Dar prioridad a los recursos humanos profesionales disponibles y a prácticas locales de salud.

Dado que esta autoasistencia es indispensable para alcanzar las **metas** de:

- Mejorar la salud de la población.
- Disminuir los gastos en atención de salud.
- Sacar el máximo rendimiento a los servicios profesionales.
- Fomentar la participación de los profesionales.

Hoy día, los objetivos de la Salud Pública, no son sólo la Promoción de la Salud (Fomento y Protección) sino que incluye también acciones de Restauración de la Salud. En su concepción actual la Salud Pública es una actividad interdisciplinaria que dirige sus esfuerzos fundamentalmente hacia la promoción y organización de la comunidad. Es en la Educación para la Salud, y en su ejecución, donde se comprenden estos conceptos:

- Esfuerzos organizados de la Comunidad.
- Actividad multidisciplinaria e intersectorial, ya que intervienen en esta actividad todas las personas que tienen encomendadas funciones de salud, educación, comunicación, trabajo social, organización y promoción de la comunidad.

Para FERRARA, *«no puede concebirse ningún proceso de atención de salud que se relacione con actividades de recuperación, rehabilitación y prevención sin el apoyo de esta disciplina. No hay acción sanitaria eficaz sin la educación, ya que la conducta juega un papel decisivo en la etiología, tratamiento, prevención de problemas de salud, así como en el fomento de la misma»*.

Concepto actual

El **concepto actual** de Educación para la Salud, se basa en la importancia que tienen en este proceso los prestadores de atención de salud y la población general, donde enseñan y aprenden unos de otros, en una interacción dinámica, pasando de la intervención a la participación, iniciándose un movimiento ascendente, a partir de la población, para compartir la responsabilidad en la atención y el fomento de la salud, junto con los sanitarios y otros profesionales afines.

Lejos de limitarse a buscar la mera cooperación de la comunidad para llevar a cabo los planes preparados, la Educación para la Salud, pretende (OMS, SIT, n° 690):

- *«Estimular a la gente a intervenir activamente en la planificación y el mantenimiento de su sistema de salud,*
- *Obrar de acuerdo con los prestadores de atención de salud y*
- *Fomentar actividades que inciten a la gente a querer estar sanos, a saber cómo permanecer sanos, a hacer lo que puedan a nivel individual y colectivo para conservar la salud, y a buscar ayuda cuando la necesiten».*

Dada la importancia de la participación comunitaria, requiere que el propio educador sanitario comprenda y acepte la necesidad de que las comunidades identifiquen sus propios problemas, los prioricen, definan sus propios fines y objetivos, movilicen los recursos disponibles y evalúen sus esfuerzos, por lo que podemos deducir que la Educación para la Salud, pretende alcanzar los **objetivos** de:

- Establecer los mecanismos idóneos para que los individuos y las comunidades puedan participar activamente en la planificación y ejecución de los programas de salud.
- Fortalecer el proceso de participación para que las comunidades puedan establecer sus necesidades y opiniones referentes a los problemas de salud.
- Integrar los programas específicos dentro del marco del Plan de Salud global, donde las prioridades nacionales constituirán una síntesis de las prioridades locales.

La **metodología** a seguir, por razones de eficacia, será participativa, pues *«la comunidad, cada hombre y cada mujer son capaces de intervenir activamente en los asuntos que afecten a su salud, a condición de que conozcan los problemas en cuestión, tengan los recursos disponibles, y que sus esfuerzos gocen de sanción social y política»* (OMS, SIT n° 89).

La participación comunitaria, fue considerada hace ya varios decenios como un elemento esencial pero hasta ahora no se la dio la importancia que merece. *«La participación es el proceso por el cual los individuos y las comunidades se identifican con un movimiento y asumen la responsabilidad conjuntamente, con los profesionales de salud y otras personas interesadas, para adoptar decisiones y planificar y llevar a cabo actividades. Es este claramente un proceso que la Educación para la Salud puede fomentar».* (OMS, SIT n° 690)

La gente necesita entender los problemas y colaborar de pleno en la búsqueda de soluciones en unión con los prestadores de atención de salud.

Desde esta perspectiva, la educación para la salud hay que ponerla a tono con la visión que de los problemas de salud tengan la población y los profesionales. De esta manera, se reconoce la sabiduría popular de que es depositaria la comunidad, y la capacidad de la gente para pensar y actuar de forma constructiva en la identificación y resolución de sus problemas.

Los miembros de la comunidad tendrán que introducir a los educadores en su cultura sanitaria, explicándoles sus creencias y prácticas en materia de salud, su comportamiento terapéutico y como perciben sus propios problemas de salud, y así, hallar conjuntamente respuestas culturalmente válidas. Por ello, la Educación para la Salud deberá fomentar una interacción dinámica entre los profesionales de la salud y la población en general, teniendo presente que los individuos y las comunidades no son, a veces, como a los profesionales les gustaría que fueran.

La salud de la comunidad depende, en gran medida, del medio social, que también influye en el estilo de vida personal. Y dada la influencia de la sociedad en el comportamiento individual, la importancia de los valores y las normas de la comunidad en la determinación de la actitud general, y que el proceso de socialización es uno de los mecanismos más importantes en la transmisión generacional de ciertos valores y normas, han dado lugar al desarrollo de modelos de Educación para la Salud basados en la intervención social, en los cuales la acción se orienta a influir más en los factores sociales que en los individuales relacionados con el proceso de salud - enfermedad.

Los contenidos sobre los que la OMS. ofrece para centrar nuestros esfuerzos son:

- «**La educación para la salud familiar**, ya que es el nivel del individuos donde se forman los valores. Es en el hogar donde primero el niño aprende a comportarse.
- **La educación para la salud escolar** que ejerce un influjo decisivo en el estilo de vida del individuo a través de la socialización secundaria o formal.
- **La educación para la salud laboral».**
- **La educación para la salud a grupos de la comunidad.»**

Las **actividades** de Educación para la Salud que se determinan en el 7º Programa General de Trabajo de la OMS. (1984-1989)., deben estar encaminadas a:

- *«Aumentar la capacidad de los individuos y de los grupos de la comunidad para participar en la acción sanitaria,*
- *incrementar la autorresponsabilidad en materia de salud,*
- *fomentar un comportamiento higiénico en materias de salud familiar, nutrición, higiene del medio, estilo de vida sano, prevención y lucha contra las enfermedades».*

En conclusión, en la concepción actual, la definición más comprensiva de Educación Para la Salud es la de **A. SOMERS**, *«es el conjunto de actividades conducentes a:*

- 1. Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia salud, incluyendo el uso eficaz de los servicios de asistencia médica del país.*
- 2. Motivar a la población a que quiera cambiar a prácticas o hábitos saludables.*
- 3. Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarias para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.*
- 4. Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida y conducta saludables.*
- 5. Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad.*
- 6. Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos relacionados más arriba».*

Podemos afirmar que la Educación Para la Salud es **un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludable, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.**

Las características de esta definición son:

- La importancia de los factores ambientales, como condicionantes en el comportamiento.
- La inclusión de la educación de pacientes para recuperar su salud, motivándoles a que participen activamente en su control y cumplan las prescripciones efectuadas por los sanitarios.
- El método o camino para realizar las actividades educativas se basa en la capacitación del individuo para que pueda participar en la toma de decisiones que afectan a la salud de su comunidad. Como es lógico, para que esta participación sea efectiva, es fundamental que hayan sido capacitados para ello mediante la educación para la salud.

Otras definiciones actuales

W. GRIFFITHS en 1972: *«La educación para la salud intenta cerrar brechas entre lo que se conoce como de la práctica óptima de la salud y lo que en realidad se practica. Los grupos diana hacia los que deberemos dirigir prioritariamente nuestros esfuerzos de la educación para la salud son: primero, los individuos a quienes les faltan conocimientos adecuados de la salud y, en segundo lugar, los individuos que poseen conocimientos adecuados, pero por muchos motivos no practican los comportamientos de salud recomendados. Al intentar cerrar esta brecha, la educación para la salud no solamente se interesa en los individuos y sus familias, sino en las instituciones y las condiciones sociales que, impiden o facilitan que, los individuos se dirijan hacia el logro de una salud óptima».*

Para KEYES (1972): En tanto que la educación para la salud tiene muchas definiciones y se practica de muchas formas, debe tenerse en mente que el indicador real de la educación para la salud es el comportamiento. El objetivo de toda educación para la salud en la comunidad, o las escuelas es *«conducir a las personas a que piensen, sientan y actúen con inteligencia en asuntos relacionados con la salud y las enfermedades».*

En 1973, el Comité de Terminología de Educación Sanitaria de la Unión Internacional de Educación Sanitaria (UIES.) la definió como: *«un proceso con dimensiones intelectuales, psicológicas y sociales que se relacionan con actividades que aumentan las habilidades de la gente para que tome decisiones informadas que afecten su bienestar personal, familiar y de la comunidad».*

SIMONDS (1974): *«La meta final de la educación para la salud es la mejoría de la salud de la nación y la reducción de enfermedades que puedan prevenirse, incapacidades y muerte... La educación para la salud es aquella dimensión de los cuidados de la salud que trata de influir en los factores del comportamiento.»* Este enfoque es similar al tomado por "Healthy People", en el que se describe como un procedimiento orientado a la conducta útil en los cuidados de salud.

Más recientemente, en 1980, el Departamento de Educación Sanitaria y la Oficina de Información Sanitaria Americana dio la definición como: *«El proceso de ayudar a individuos para que actúen separada y colectivamente, para tomar decisiones informadas sobre asuntos que afectan la salud del individuo, la familia y la comunidad. Basado en cimientos firmes, la educación para la salud es un campo de interés, una disciplina y una profesión».*

Cada una de las definiciones anteriores son útiles y dicen las características que para cada autor espera de la Educación Para la Salud.

Para L. W. GREEN, Director del Centro de Promoción de la Salud, Investigación y desarrollo de Houston *«la educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzcan a la salud»*. Esta definición tiene varias ventajas de importancia sobre las otras:

1. Mediante el uso de la palabra combinación, reconoce la necesidad de una complejidad de experiencias de aprendizaje y al pedir que se «diseñen», excluye la enseñanza trivial o espontánea de la definición. Con demasiada frecuencia, información insuficiente, no planeada e incidental ha sido considerada como educación para la salud.
2. El término facilitar se usa para describir la naturaleza de la relación educador -educando. Facilitar implica ayuda, asistencia y apoyo del educador. Enseñanza también sería un término aceptable porque en gran parte la Educación Para la Salud está basada en los principios de la educación tradicional, adulta y no formal en la cual el educando se considera como la figura principal en el proceso de aprendizaje.
3. Esta definición señala, de forma clara, el límite entre la educación y las formas más manipulativas de influencia sobre la conducta, especificando como condición la participación voluntaria de la población a la que está encaminada.
4. Esta definición presenta la conducta saludable como el resultado del objetivo para todas las actividades de enseñanza. Sin embargo, no excluye los resultados intermedios de conocimientos, actitudes, sentimientos, valores y habilidades.
5. Esta definición representa un gran paso hacia adelante en el esfuerzo por unir las acciones diversas de la Educación Para la Salud en una descripción. Es operacional, en el sentido de que aun mediante su aplicación estricta, pueden incluirse o excluirse varias actividades. Subraya el alcance, así como, el propósito de la educación para la Salud. Y al mismo tiempo, ofrece un grado razonable de precisión.

A modo de síntesis que exponemos en la Tabla II, de las definiciones y conceptos citados, en el momento actual, la Educación Para la Salud tiene, para nosotros, en el momento actual las siguientes metas:

- Hacer de la Salud un patrimonio de la comunidad.
- Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud.
- Promover conductas nuevas positivas, favorables a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y restauración de la salud.
- Realizar los cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados.
- Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.

TABLA II. Estudio diferencial del concepto de Educación para la Salud. (Según SAEZ CRESPO, 1991).

CONCEPTO CLASICO	CONCEPTO ACTUAL
<p>Concepción y características</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biomédica de salud-enfermedad - Valores medicina alopática: <ul style="list-style-type: none"> - Distinción entre sanitarios-usuarios - Atención patrimonio profesional - Atención de salud sinónimo atención profesional 	<p>Concepción y características</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bio-ecológico-social - Actividad Intersectorial: - Influencia factores sociales: estructuras económico-social, cultural, costumbres y comportamientos - Comparten responsabilidad salud comunidad - Esfuerzos organizados de todos sectores
<p>Modelo Intervencionista</p>	<p>Modelo Participativo</p>
<p>Enfoque Individualizado</p>	<p>Enfoque Comunitario factores sociales</p>
<p>Hipótesis</p> <ul style="list-style-type: none"> - El individuo es responsable de su salud - La población tendrá mejor salud si actúa de forma recomendada por sanitario - La EPS. se centra en modificar comportamiento individual. 	<p>Hipótesis</p> <ul style="list-style-type: none"> - La salud depende del medio social - La E. P. S. se basará en cambios de factores sociales - La salud es un derecho, se ha de conseguir precisa voluntad población para forjar esa voluntad se precisa la EPS.
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con prevención de enfermedades - Poner población condiciones decisión - Facilitar la acción - Responsabilizar de su propia salud - Ayudar alcanzar salud mediante su comportamiento y esfuerzos - Motivar comunidad mejorar sus condiciones de vida 	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre formas proteger y fomentar salud y uso servicios sanitarios - Propugnar cambios del ambiente - Fomentar la participación en: planificación, dtco. necesidades y ejecución de programas de salud - Promover formaciones agentes naturales de EPS. (padres, maestros, educadores, etc.) - Incrementar investigación
<p>Contenidos: Enfermedades transmisibles</p>	<p>Contenidos: Enfermedades no transmisibles EPS. familiar, escolar, laboral</p>
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizadas por personal sanitario - Transmisión vertical de información correcta sobre evitar y combatir las enfermedades - Tono magistral y paternalista - Mensajes intentan persuadir lo que los sanitarios piensan que deben desear 	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas pedagogía participativa - Comunicación horizontal - Aprendizaje mutuo - Tono democrático - Principios de la sicología y dinámica de grupos

Metodología

Considera problema sanitario desde el punto de vista educativo

Adopta medidas clínicas:

- 1º. Diagnostica necesidades
- 2º. Tratamiento educativo

Evaluación

- Inicial de las enfermedades
- Final de los resultados:
 - 1º. Observación del Trto. impuesto
 - 2º. Disminución de hábitos nocivos
 - 3º. Prontitud en la búsqueda de Trto.

Metodología

Capacitar individuo para que participe en toma de decisiones de la salud comunidad

Si:- conoce los problemas

- los recursos disponibles
- el esfuerzo goce de sanción social

Evaluación

- **Inicial de los problemas de salud:**

Aspectos socio.-económ.-culturales:

- Psicológicos
- Estructura social
- Costumbres y comportamientos.
- Creencias y prácticas en salud.
- Problemas de salud prevalentes.

- **Final:**

- Nº de problemas resueltos.
- Nivel de participación en:
 - 1º. Dtco. Nivel salud.
 - 2º. Establecimiento prioridades.
 - 3º. En el proceso de planificación.
 - 4º En desarrollo del programa.
 - 5º En las actividades.
 - 6º. En la evaluación.

Tomado de SAEZ CRESPO, J. A.: «**Proyecto docente a cátedra de Educación Sanitaria**». Universidad Complutense. Madrid, 1991.

Bibliografía

- American Public Health Association: «Making Health Education Work», Washington, D. C., American Public Health Association, 1976.
- Bauber, W. "What is Health Education?. Am. J. Pub. Health., 1947; 37: 641 - 648.
- Biocca, S. "Educación para la Salud. Aspectos doctrinales". En: Bases de la Educación para la Salud. Informe del Ministerio de Bienestar Social, Buenos Aires, 1971.
- Bureau of Health Education and Office of Health Information and Health Promotion and Physical Fitness and Sport Medicine. "Role Delineation Project. Focal Points". Washington, D.C. USDHEW. CDC, July, 1980.
- Caps: «Tendencias actuales en educación sanitaria». Compilación Colección Cuadernos, n.º 8, Barcelona, Centre d'anàlisi i programes Sanitaris (C.A.P.S.), 1987.
- Cuenca, F. y Sáez Crespo, J. A.: «Una experiencia de educación sanitaria: La integración en Vallecas» Col. Fichas de EDUCACION PARA LA SALUD. Dpto. Estudios e investigación. Madrid, Siena, 1988.
- Davis, J.B.: «Community Health Preventive Medicine and Social Services». Ed. Concise Medical Books, Bailliere, Tindall, 1975.
- Derryberry, M.: «The role of Health Education in a Public Health Program». Public. Health Rep., 1943.
- Ewles, L. y Simnett, I.: «Promoting Health: A practical guide to Health Education». Ed. Wiley and Sons, Norwich, Norfolk, 1985.
- Ferrara, Acebal y Paganini. "Medicina de la Comunidad" 2ª Edición, Interamericana, México, 1976, 30-45.
- Gilbert, J.: «L'education sanitaire. Theorie et Practice». Ed. Masson, París, 1959.
- Greenne, W. H. y Simons-Morton, B. G.: «Educación para la salud» México, Interamericana McGraw-Hill 1988: 30.
- Griffiths, W. "Health Education Definitios, Problems and Philosophies". Health Education Monographs, 31, 1972.
- Goldber, J, et al: «Health teaching in schools». Ed. W. B.: Saunders C. Philadelphia, 1948.
- Grout, R. D.: «Health teaching in schools». Ed. W. B. Saunders, Co. Philadelphia, 1964.
- Keyes, L.L. "health Education in Perspective -An overview". Health Education Monographs, 31, 1972.
- Modolo, M. A.: «Educazione Sanitaria». 11 Pensiero Scientifico. Ed. Rorna, 1981.
- UIES. "New Definitions. Repport of the 1.972-1973. Joint Committee on Health Education Terminology. Health Education Monographs, 33: 03- 70, 1973
- Northouse, P. G. y Northouse, L. L.: «Health Education. A handbook for Health Professionals». Ed. Practice Hall, New Jersey, 1985.
- O.M.S.: «La educación Higiénica del Público». S.I.T. n° 89, O.M.S., Ginebra 1955.
- O.M.S.: «Formación del Personal Sanitario en Educación Sanitaria». S. I.T. n.º 156, O.M.S., Ginebra, 1958
- O.M.S.: «La preparación del Personal graduado de Salud Pública para la educación sanitaria», S.I.T. n.º 278, O.M.S., Ginebra, 1964.
- O.M.S.: «Principios y métodos en educación sanitaria». Informe O.M.S.- Euro n° 11, O.M.S., Copenhagen, 1977.
- O.M.S.- UNICEF: «Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud». Alma - Alta, U.R.S.S. 6-12 diciembre, 1978, O.M.S., Ginebra, 1978.
28. O.M.S.: «Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000». Serie Salud para Todos, n° 3, O.M.S., Ginebra, 1981.
- O.M.S.: "Sexto Informe de la Situación sanitaria Mundial". I Parte: Análisis Gloglal. OMS, Ginebra, 1.981.
- O.M.S.: «Séptimo Programa General de Trabajo para el período 1984-1989». Serie Salud para Todos, n° 8, O.M.S., Ginebra, 1982.
- O.M.S.: «Nuevos métodos de educación sanitaria en Atención Primaria de Salud» S.I.T., N ° 690, O.M.S., Ginebra, 1983.
- OMS. Promoting health through schools: a summary and recommendations of WHO's Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. Geneva, 1996
- OMS. Research to improve implementation and effectiveness of school health programmes. Geneva, 1996.
- OMS. Improving school health programmes: barriers and strategies. Geneva, 1996
- OMS. The status of school health. Geneva, 1996.
- OMS. Local Action: Creating Health-Promoting Schools. WHO Information Series on School Health. Geneva, 1997
- OMS. WHO's Global School Health Initiative - health-promoting schools. WHO Information Series on School Health. Geneva, 1998
- OMS. Healthy nutrition: an essential element of a health-promoting school. WHO Information Series on School Health. Geneva, 1998
- OMS. Violence prevention: an important element of a health-promoting school. WHO Information Series on School Health. Geneva, 1998
- OMS. - Improving health through schools: national and international strategies. WHO Information Series on School Health. Geneva, 2.000
- OMS. Improving health through schools: national and international strategies. WHO Information Series on School Health. Geneva, 2.001

- PALACIO, M y SAEZ CRESPO, JA. Entornos saludables: el desafío en la Promoción de la Salud. En H. Restrepo y H. Málaga. Promoción de la Salud. Como construir vida saludable. Bogotá, Panamericana, 2.001, págs. 264 – 273.
- Polaino Lorente, A.: «Educación para la salud». Barcelona, Herder, 1987.
- Rey Calero, J.: «Epidemiología y Salud de la Comunidad». Ed. Karpos, Madrid, 1982.
- Rey Calero, J. y Calvo Fernández, J.R. "Cómo ciudar la Salud. Su educación y promoción". Harcourt Brace, Madrid, 1998.
- Sáez Crespo, J. A.: «Marco conceptual de la educación para la salud» Col. TEMAS ACTUALES, Madrid, Centro de Documentación y Estudios Sociales, INFANCIA ESPAÑOLAS UNICEF-ESPAÑA, 1989.
- Sáez Crespo, J. A.: «Programación de la Educación para la Salud en la Escuela». En: J. A. Sáez Crespo, M. Tolosa-Latour e I. Menéndez (dirs.) Cuadernos de Salud Escolar. Ed. Asociación de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria, Madrid, 1989: 592-608.
- Sáez Crespo, J. A.: «La educación para la Salud en la adolescencia». En: J. A. Sáez Crespo, M. Tolosa-Latour e I. Menéndez (dirs.) Cuadernos de Salud Escolar. Ed. Asociación de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria, Madrid, 1989: 260-289.
- Sáez Crespo, J. A.: «Proyecto Docente a Cátedra de Educación Sanitaria». Universidad Complutense. Madrid, 1991.
- Sáez Crespo, J. A.: «El médico como educador para la salud familiar en la Escuela: Escuela de Padres». Jornadas de Promoción de la Salud en la Escuela. Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria. Madrid, 15-16 de enero de 1993.
- Sáez Crespo, J.A., Bosch Marín, J. y Menéndez alameda, I. "Educación para la Salud en la Escuela". En Medicina y Salud Escolar. Ed. Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria, Madrid, septiembre 1.993: págs. 79 - 114.
- Sáez Crespo, J.A. "La Promoción de la Salud". Ponencia Oficial en el I Congreso Mundial de Profesionales de la Salud. Valencia 3 al 6 de diciembre de 1.994.
- Sáez Crespo, J.A. "Evaluación de Programas de Educación para la Salud". Ponencia Oficial al XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Odontología Preventiva y Comunitaria. Segovia 2 - 4 de noviembre de 1995.
- Sáez Crespo, J.A. "Educación y Promoción de la Salud Bucodental". Ponencia en el VI Congreso Internacional y XIX Congreso nacional de la Sociedad Española de Odontología Preventiva y Comunitaria. Cuenca 31 octubre al 2 de Noviembre de 1.996.
- Sáez Crespo, J.A. "Formación del profesor en Educación Para la Salud". Ponencia en el Seminario Internacional "Nascer para viver no Terceiro Milenio". OMEP, Lisboa, 13-15 mayo 1.999.
- Sáez Crespo, J. A. La promoción de la salud y Estilos de Vida en los jóvenes. Presentación del Congreso Internacional de Salud Universitaria. Alorcón, 13 a 16 de marzo de 2.002. págs 3 – 4.
- Sáez Crespo, J. A. y Bosch-Marín, J.: «Taller de educación sanitaria para la prevención de las toxicomanías». En XII Conferencia Mundial de Educación Sanitaria. Dublín, 1985: 106.
- Sáez Crespo, J. A. y Bosch Marín, J.: «La educación par la salud en la adolescencia». Madrid. Centro de Documentación y Estudios Sociales Infancia Española. UNICEF - ESPAÑA. Madrid, 1985.
- Sáez Crespo, J.A.; Rodríguez Baciero, G y Martínez García, M.A. "La Salud Pública y la Educación Para la Salud" Divulgación Odontológica, Vol. 1, nº 0, Diciembre 1.993: 44-50
- Sáez Crespo, J. A.; Vos Saus, R.; Alonso, M. C. y Fernández, F.: «Fundamentos para la elaboración de un programa de Educación Sanitaria». Sanidad e Higiene Pública, n.º 9-10, 1987; 1007-1016.
- Salieras San Martín, L.: «Educación Sanitaria. Principios, métodos y Aplicaciones». Ed. Díaz Santos, S. A., Madrid, 1985.
- Serrano Gonzalez, I. "Educación para la Salud y Participación Comunitaria". Díaz de santos, Madrid, 1989.
- Simonds, S.K. "Health Education on the mid 70's - State of the Art" Trabajo preparatorio para la Task Force IV, 1974.
- Somers, A. E.: «Promoting Health». Ed. Aspen System Co., Germantown, Maryland, 1976.
- Strehlow, M.: «Education for Health». Ed. Harper and Row, London, 1983.
- Tones, B. D.: «Health education: prevention or subversión?» Royal Society Health, 1981, n.º 3, 114-118.
- Vetere, E.: «Educazione Sanitaria per opertori sanitari», Armando Editore, Roma, 1975.
- Watt, A. y Rodmell, S.: «The Politics in Health Education». London, Routiedge and Kegan, 1986.
- Wood, T. D.: «Forth yearbook of the Department of superintendent of National Educational Association». Washington, 1926.

CALIDAD DE VIDA EN QUELOIDE INFANTIL: CASO CLÍNICO.

Vanesa Pinto Franco

RESUMEN

La patogenia de la cicatriz no se comprende completamente, pero se cree que la inflamación es uno de los factores determinantes. Las cicatrices queloides o hipertróficas se distinguen por causar desfiguración, dolor, picazón, contractura y restricción del movimiento. Además, pueden mermar la calidad de vida de las personas no sólo físicamente, sino también en su bienestar emocional y social.

Presentamos el caso clínico de un niño de 8 años, con antecedentes familiares de psoriasis, que sufre repetidos traumatismos durante el proceso de cicatrización de una herida incisa en la pierna, lo que lleva a una evolución desfavorable hacia una cicatriz queloide.

PALABRAS CLAVE:

Cicatriz hipertrófica, Queloide, Infancia, Calidad de vida

ABSTRAC

The pathogenesis of scarring is not fully understood, but inflammation is thought to be one of the determining factors. Keloid or hypertrophic scars are characterized by disfigurement, pain, itching, contracture, and restriction of movement. In addition, they can impair a person's quality of life not only physically, but also in their emotional and social well-being.

We present the clinical case of an 8-year-old boy with a family history of psoriasis who suffers repeated trauma during the healing process of an incised wound on his leg, leading to an unfavorable evolution towards a keloid scar.

KEYWORDS:

Hypertrophic scar, Keloid, Childhood, Quality of life

INTRODUCCIÓN

Las heridas tienen un complejo proceso de cicatrización que comprende cinco fases: hemostasia, inflamación, proliferación, reepitelización y remodelación (Rodrigues et al., 2019).

El proceso comienza después de la lesión, la hemostasia se desencadena inmediatamente con cascadas de reacciones de formación de tapón plaquetario y coágulo para detener el sangrado. En el segundo paso, los tejidos dañados, junto con las plaquetas activadas, despiertan respuestas inflamatorias al reclutar células inmunes como neutrófilos y macrófagos. Cuando la inflamación cede, aparecen nuevos vasos sanguíneos y tejidos conectivos, lo que marca el comienzo de una etapa de proliferación en la que el área de la herida también se encoge debido a la contracción de esta. Un evento conductor de la proliferación es la reepitelización, que es impulsada principalmente por la migración de queratinocitos. Después de eso, la maduración del tejido será el sello distintivo de la etapa de remodelación; esta etapa implica la regresión de la neovasculatura y una reconstitución concomitante de la matriz extracelular (ECM), lo que da como resultado fibrillas de colágeno organizadas que son la base de la cicatriz normal (Wang et al., 2020).

Las perturbaciones de cualquiera de estos procesos pueden conducir a un espectro que va desde heridas que no cicatrizan hasta cicatrices excesivas, incluyendo cicatrices hipertróficas y queloides (Wang et al., 2020).

La inflamación es uno de los factores determinantes en la cicatrización de heridas. Además de su papel tradicional en la lucha contra la infección tras una lesión, las características y la magnitud de la inflamación tienen un impacto dramático en la patogenicidad de la cicatriz (Wang et al., 2020).

La cicatrización excesiva tiene muchas consecuencias adversas, incluyendo desfiguración, dolor, picazón, contractura y restricción del movimiento, que afectan a la persona lesionada tanto física como psicológicamente (Wang et al., 2020).

Los queloides, caracterizados como tumores dérmicos fibroproliferativos benignos, son el resultado de respuestas aberrantes de curación de heridas, instigadas predominantemente por traumatismos, infecciones y otros factores contribuyentes, incluido el estrés repetido de la piel, fluctuaciones hormonales y predisposición genética (Kelly, 1988)

Presentamos la evolución desfavorable en el proceso de cicatrización de una herida incisa en un niño.

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Niño de 8 años, que sufre un accidente doméstico en el verano de 2023 mientras jugaba al “pilla pilla” con su hermano pequeño de 5 años. En la casa familiar las puertas de las zonas de paso son de madera con un cristal decorativo. Acontece el desastre cuando en un momento del juego estando los niños uno a cada lado de una de estas puertas, impidiéndose el paso de un lado al otro, el pequeño empuja para intentar pasar y es entonces cuando el cristal se desprende y cae sobre la pierna del mayor a la altura del tobillo, provocando una herida cortante de unos 4*2 cm. (Figura 1)



Fig. 1. Herida incisa en tobillo izquierdo. 29 junio

Las curas comienzan en el centro de Salud con desbridamiento de la fibrina y limpieza con suero fisiológico, más cura oclusiva con linitul y furacín cada 2 días. (figura 2, 3 y 4)



Fig. 2. Aspecto a los 2 días



Fig. 3. Aspecto a los 4 días



Fig. 4. Aspecto a los 6 días.

Aunque la herida está mejorando, el niño no puede mojarse y esto genera impaciencia y reacciones de frustración como llanto y conductas de evitación social. Con preguntas como ¿Cuándo se me va a curar? Aunque mis amigos no se bañen, yo no quiero bajar a la piscina. Me da vergüenza que me vean con la venda.

Sus padres le piden paciencia y para animarlo le compran una funda de plástico para que pueda interactuar con sus amigos y bañarse en la piscina con cuidado (Fig. 5).



Fig. 5. En la piscina.

Ocho días después del accidente acude a consulta de podología y realizamos cuestionario de salud. Como antecedentes familiares de interés, su madre padece enfermedad psoriásica. Tras valorar la lesión, procedemos a realizar una nueva cura y explicamos a los padres la opción de tratamiento con plasma rico en plaquetas para acelerar el proceso. Prescribimos lambdalina crema® para prevenir el dolor de cara a su primera extracción de sangre, situación que genera miedo en nuestro paciente (figura 6).



Fig.6. Previo a la extracción de sangre

Entregado el consentimiento informado. Procedemos según protocolo referente a la preparación del paciente, extracción de sangre y elaboración del plasma Rico en Plaquetas. El momento previo al tratamiento la lesión muestra un discreto acercamiento en sus bordes, lecho de la herida con tendencia a la palidez y leve tejido de granulación (figura 7). En esta sesión aplicamos los coágulos procedentes de dos tubos de extracción

de sangre por vacío con activador de coagulación, 13X100 mm, 5 mL,(sílice) tapón color rojo (figura 8), linitul®, gasa estéril y vendaje elástico cohesivo. A la semana se observa un acercamiento más marcado en los bordes, lecho de la herida con adecuado tejido de granulación (figura 9).



Fig. 7. Previo a la aplicación de PRP



Fig. 8. Aplicación de coagulo



Fig. 9. Aspecto a los 20 días.1 semana después del tratamiento con PRP

Debido a la buena evolución repetimos el protocolo anterior (figura 10). A la semana de la segunda sesión observamos que la herida se ha sellado con la costra característica (figura 11).



Fig. 10. 2ª aplicación de coagulo.



Fig. 11. Aspecto a la semana, 27días

Sólo 3 días después nuestro paciente recibe una patada mientras juega al fútbol con amigos. Debido al golpe se desprendió parte de la piel en su tercio superior y se formó una ampolla. Nuestro paciente se sentía triste por tal acontecimiento. Procedimos a desinfectar la herida con solución de polihexanida y a vendar como de costumbre (figura

12). Tres días después, debido a la presencia de exudado en el vendaje decidimos recoger una muestra de cultivo que evidenció escasa presencia de *Corynebacterium propinquum*.



Fig. 12. Traumatismo futbol



Fig. 13. Ampolla.

Las siguientes 3 curas evolucionaron sin complicaciones, 39 días después del accidente, había un ligero edema y la costra se había desprendido (figura 14, 15 y 16).



Fig. 14, 15 y 16. Aspecto a los 3, 5 y 6 días después de la ampolla

Como nuestro paciente se iba de vacaciones con su familia, prescribimos trofolastín® que es un parche de poliuretano con efecto compresivo que favorece la cicatrización y evita la radiación solar. Dejó de usarlo por despegamiento y porque, además, el niño sentía vergüenza (figura 17,18,19).



Fig17. Aspecto a los 40 días

Fig.18. Trofolastin

Fig. 19. En la playa

Una semana después, vuelve a repetirse un nuevo traumatismo. El niño se siente culpable y expresa su malestar con comentarios como: “Ya no voy a jugar nunca más”, “Esto no se va a curar nunca”. Se había interrumpido la cicatrización con la formación de otra ampolla (Figura 20 y 21).



Fig 20 y 21. Aspecto a los 48 y 49 días.

Terminó de cicatrizar sin más altercados pero pasados cuatro meses volvieron a contactar debido al aspecto elevado de la cicatriz (más acusado por la noche) y a la

presencia de prurito. Finalmente, decidieron esperar evolución y no realizar otros tratamientos (Figura 22 y 23).



Fig. 22 y 23. Cicatriz queloide con forma de corazón.

DISCUSIÓN:

Las cicatrices hipertróficas o queloides representan dermatosis desfigurantes crónicas con una alta resistencia a la terapia (Bock et al., 2006). Se cree que son manifestaciones del mismo trastorno fibroproliferativo de la piel y que solo se diferencian en la intensidad y en la duración de la inflamación (Huang et al., 2014; Ogawa & Akaishi, 2016). Además, la regulación positiva de los factores proinflamatorios en las cicatrices patológicas sugiere que, en lugar de ser tumores de la piel, los queloides y las cicatrices hipertróficas son trastornos inflamatorios de la piel, específicamente de la dermis reticular (Ogawa & Akaishi, 2016).

Los queloides tienden a aparecer en áreas del cuerpo que están sometidas a tensión frecuente, como la parte frontal del tórax y la escápula. En cambio, en la parte frontal e inferior de la pierna son poco comunes debido a que rara vez experimentan estiramiento o contracción; lo que sugiere que la fuerza mecánica podría ser un factor clave en la formación de queloides (Ogawa et al., 2012).

Parte de la patogenia de los queloides sigue siendo desconocida, pero se acepta que ocurre cuando hay un desequilibrio en el proceso de curación, lo que hace que los fibroblastos produzcan colágeno en exceso a una tasa y cantidad mucho mayor que la producida normalmente (Chike-Obi et al., 2009). Han sido implicados en su desarrollo el factor de crecimiento endotelial vascular, el factor de crecimiento del tejido conectivo y el Factor de crecimiento transformante Beta (TGF- β) (Colwell et al., 2005), que se desregulan cuando hay un traumatismo adicional, se prolonga la cicatrización o hay una infección de la herida (Buick et al., 2019).

La incidencia de queloides que no son causados por un traumatismo aumenta repentinamente alrededor de los 10 años de edad y esto puede ser debido al aumento en los niveles de esteroides sexuales, al inicio de la adolescencia y a sus efectos vasodilatadores(Ogawa, 2017).

Gupta S. (Gupta, 2002) reportó un caso de una paciente que presentaba “fenómeno de Koebner” y simultaneaba episodios de placas psoriásicas con queloides en las mismas regiones; sugirió que el aumento en los niveles de TGF— β en las lesiones queloides son responsables de la aparición de las lesiones psoriásicas.

Otros factores que predisponen a las cicatrices queloides incluyen: aumento de la expresión del factor de crecimiento derivado de plaquetas, interleucina-6, integrina $\alpha 1\beta 1$ e Ig A, G y M (Seifert & Mrowietz, 2009). Se sabe que las interleucinas participan en las respuestas inflamatorias e inmunitarias, y desempeñan un papel fundamental en la curación de heridas y la formación de cicatrices(Zhang et al., 2021)

Las enfermedades que afectan a la piel pueden ocasionar un deterioro en la calidad de vida de los pacientes. Las cicatrices traumáticas pueden tener el potencial de perjudicar el funcionamiento social y el bienestar emocional(Brown et al., 2008). La cicatriz hipertrófica y el queloides causan apariencia desfigurada, malestar, disfunción, estrés psicológico y frustración del paciente.(Zhang et al., 2021)

Ya se ha demostrado que la evaluación por especialistas no necesariamente se relaciona con cómo el paciente percibe su condición(Martin et al., 2003)¹⁴. La Escala de Cicatrices de Vancouver se basa únicamente en observaciones objetivas realizadas por los médicos (vascularidad, pigmentación, flexibilidad y altura de las cicatrices) y no tiene en cuenta los síntomas y sentimientos subjetivos que proporcionan los pacientes, como el dolor o la calidad de vida(Sullivan et al., 1990). En cambio, en el estudio de Balci et al. (Balci et al., 2009) compararon la calidad de vida en pacientes con queloides y cicatrices hipertróficas vs. Psoriasis vs. controles sanos mediante la escala DLQI, y concluyeron que la calidad de vida de los pacientes con queloides está tan deteriorada como la de los pacientes con psoriasis. La escala DLQI(FINLAY & KHAN, 1994) es la herramienta de evaluación más utilizada y versátil de la calidad de vida relacionada con la salud para afecciones de la piel, pero no está desarrollada específicamente para queloides o cicatrices hipertróficas y aunque tiene una versión infantil “Children's Dermatology Life Quality Index”(Campos-Muñoz et al., 2023) validada al español, no encontramos ninguna referencia de su uso en cicatrices queloides o hipertróficas.

Se han utilizado distintas escalas para estudios de cicatrices hipertróficas o queloides, pero en nuestro conocimiento la única escala desarrollada para pacientes dermatológicos adultos y pediátricos para cicatrices hipertróficas y queloides es el cuestionario de Bock(Bock et al., 2006) Un instrumento de 15 ítems que utiliza una escala de Likert. Los ítems 5 “Debido a mis cicatrices, a veces me da vergüenza ser sexualmente activo” y 9 “Me siento poco atractivo física y sexualmente indeseable cuando pienso en mis cicatrices” describen sentimientos de inutilidad, la experiencia de falta de atractivo físico o sexual. La media de edad fue de 36,1 años (rango: 10-80 años, DE = 17,2). (Bock et al., 2006).

Los queloides encontrados en la cabeza, el antebrazo y la pierna se consideran visibles, según lo indicado por Bock (Bock et al., 2006). Las cicatrices visibles en la cabeza, los antebrazos o las pantorrillas influyeron significativamente en la escala 1 “deterioro psicológico”, lo que implica el papel de las cicatrices visibles como un estigma importante (Bock et al., 2006). Más tarde en un estudio transversal Portugués, informaron puntuaciones significativamente más altas en el dominio físico de los pacientes con queloides en áreas no visibles del cuerpo, así como aquellos con más de 10 años de enfermedad (Furtado et al., 2009). Este estudio incluyó una muestra de 102 pacientes, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 15 y 70 años.

Los factores que provocan, mantienen o agravan los signos y síntomas de estas cicatrices en la piel están íntimamente vinculados a eventos estresantes, ya sean internos (psicológicos) o externos (ambientales) (Arck et al., 2006), que activan los circuitos neuroinmunoendocrinos (Paus et al., 2006). A causa del efecto del estrés psicoemocional, las características clínicas de las cicatrices queloides e hipertróficas deberían considerarse como parte de los trastornos psicofisiológicos, al igual que otras afecciones cutáneas como la psoriasis (Hall et al., 2012)

Además de la manifestación clínica, las medidas psicológicas, especialmente la calidad de vida, son parámetros muy importantes para determinar la eficacia y la aceptación de los tratamientos de la enfermedad (Kirby et al., 2001) [16]. El tratamiento de los queloides y las cicatrices hipertróficas es difícil, a menudo doloroso, duradero y, en su mayoría, insatisfactorio (Shaffer et al., 2002). Se han empleado varios tratamientos, como la escisión quirúrgica, los esteroides intralesionales, los antihistamínicos orales, la crioterapia, la eliminación con láser y la inmunoterapia, su naturaleza recurrente persiste como un problema importante (Chike-Obi et al., 2009) [5].

CONCLUSIONES

Traumatismos posteriores a la lesión inicial durante el proceso de cicatrización favorece la aparición de queloides o cicatrices hipertróficas.

Las cicatrices hipertróficas y queloides son trastornos inflamatorios en los que se precisan esclarecer todos los factores genéticos que están involucrados. La psoriasis puede ser uno de ellos. También su relación con la neuroinmunohistoquímica merece mayor atención.

Es necesario desarrollar herramientas específicas para población infantil, que no sólo se centren en las características de la lesión e incluyan medición de la calidad de vida.

La calidad de vida de los pacientes infantiles con cicatrices hipertróficas y queloides pueden mermar en la etapa infantil y adulta debido principalmente a la invasividad de los tratamientos, recurrencia y percepción de estigma social

BIBLIOGRAFÍA:

- Arck, P. C., Slominski, A., Theoharides, T. C., Peters, E. M. J., & Paus, R. (2006). Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *The Journal of Investigative Dermatology*, *126*(8), 1697–1704. <https://doi.org/10.1038/SJ.JID.5700104>
- Balci, D. D., Inandi, T., Dogramaci, C. A., & Celik, E. (2009). DLQI scores in patients with keloids and hypertrophic scars: a prospective case control study. *Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*, *7*(8), 688–691. <https://doi.org/10.1111/J.1610-0387.2009.07034.X>
- Bock, O., Schmid-Ott, G., Malewski, P., & Mrowietz, U. (2006). Quality of life of patients with keloid and hypertrophic scarring. *Archives of Dermatological Research*, *297*(10), 433–438. <https://doi.org/10.1007/S00403-006-0651-7>
- Brown, B. C., McKenna, S. P., Siddhi, K., McGrouther, D. A., & Bayat, A. (2008). The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery : JPRAS*, *61*(9), 1049–1058. <https://doi.org/10.1016/J.BJPS.2008.03.020>
- Buick, T. A., Abbas, W., & Munro, F. D. (2019). Literature review and case report of post-circumcision keloid management. *Arab Journal of Urology*, *17*(4), 314–317. <https://doi.org/10.1080/2090598X.2019.1651016>
- Campos-Muñoz, L., Belmar Madrid, C., Conde-Taboada, A., Iglesias Puzas, A., Gonzalez Guerra, E., & López-Bran, E. (2023). Quality of life in children with skin disease: A Spanish sample. *Anales de Pediatría*, *99*(3), 170–175. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2023.08.007>
- Chike-Obi, C., Cole, P., & Brissett, A. (2009). Keloids: pathogenesis, clinical features, and management. *Seminars in Plastic Surgery*, *23*(3), 178–184. <https://doi.org/10.1055/S-0029-1224797>
- Colwell, A. S., Phan, T. T., Kong, W., Longaker, M. T., & Lorenz, P. H. (2005). Hypertrophic scar fibroblasts have increased connective tissue growth factor expression after transforming growth factor-beta stimulation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *116*(5), 1387–1390. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000182343.99694.28>
- FINLAY, A. Y., & KHAN, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, *19*(3), 210–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>
- Furtado, F., Hochman, B., Ferrara, S. F., Dini, G. M., Camelo-Nunes, J. M., Juliano, Y., & Ferreira, L. M. (2009). What factors affect the quality of life of patients with keloids? *Revista Da Associacao Medica Brasileira (1992)*, *55*(6), 700–704. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000600014>
- Gupta, S. (2002). Many faces of Koebner phenomenon in psoriasis. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, *68*(4), 222–224.
- Hall, J. M. F., Cruser, D., Podawiltz, A., Mummert, D. I., Jones, H., & Mummert, M. E. (2012). Psychological Stress and the Cutaneous Immune Response: Roles of the HPA Axis and the Sympathetic Nervous System in Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Dermatology Research and Practice*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/403908>

- Huang, C., Akaishi, S., Hyakusoku, H., & Ogawa, R. (2014). Are keloid and hypertrophic scar different forms of the same disorder? A fibroproliferative skin disorder hypothesis based on keloid findings. *International Wound Journal*, *11*(5), 517–522. <https://doi.org/10.1111/J.1742-481X.2012.01118.X>
- Kelly, A. P. (1988). Keloids. *Dermatologic Clinics*, *6*(3), 413–424. [https://doi.org/10.1016/s0733-8635\(18\)30653-3](https://doi.org/10.1016/s0733-8635(18)30653-3)
- Kirby, B., Richards, H. L., Woo, P., Hindle, E., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2001). Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *45*(1), 72–76. <https://doi.org/10.1067/MJD.2001.114592>
- Martin, D., Umraw, N., Gomez, M., & Cartotto, R. (2003). Changes in subjective vs objective burn scar assessment over time: does the patient agree with what we think? *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, *24*(4), 239–244. <https://doi.org/10.1097/01.BCR.0000075842.55039.03>
- Ogawa, R. (2017). Keloid and Hypertrophic Scars Are the Result of Chronic Inflammation in the Reticular Dermis. *International Journal of Molecular Sciences*, *18*(3). <https://doi.org/10.3390/IJMS18030606>
- Ogawa, R., & Akaishi, S. (2016). Endothelial dysfunction may play a key role in keloid and hypertrophic scar pathogenesis - Keloids and hypertrophic scars may be vascular disorders. *Medical Hypotheses*, *96*, 51–60. <https://doi.org/10.1016/J.MEHY.2016.09.024>
- Paus, R., Theoharides, T. C., & Arck, P. C. (2006). Neuroimmunoendocrine circuitry of the “brain-skin connection.” *Trends in Immunology*, *27*(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/J.IT.2005.10.002>
- Rodrigues, M., Kosaric, N., Bonham, C. A., & Gurtner, G. C. (2019). Wound Healing: A Cellular Perspective. *Physiological Reviews*, *99*(1), 665–706. <https://doi.org/10.1152/PHYSREV.00067.2017>
- Seifert, O., & Mrowietz, U. (2009). Keloid scarring: bench and bedside. *Archives of Dermatological Research*, *301*(4), 259–272. <https://doi.org/10.1007/S00403-009-0952-8>
- Shaffer, J. J., Taylor, S. C., & Cook-Bolden, F. (2002). Keloidal scars: a review with a critical look at therapeutic options. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *46*(2 Suppl Understanding). <https://doi.org/10.1067/MJD.2002.120788>
- Sullivan, T., Smith, J., Kermode, J., McIver, E., & Courtemanche, D. J. (1990). Rating the burn scar. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, *11*(3), 256–260. <https://doi.org/10.1097/00004630-199005000-00014>
- Wang, Z. C., Zhao, W. Y., Cao, Y., Liu, Y. Q., Sun, Q., Shi, P., Cai, J. Q., Shen, X. Z., & Tan, W. Q. (2020). The Roles of Inflammation in Keloid and Hypertrophic Scars. *Frontiers in Immunology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/FIMMU.2020.603187>
- Zhang, D., Li, B., & Zhao, M. (2021). Therapeutic Strategies by Regulating Interleukin Family to Suppress Inflammation in Hypertrophic Scar and Keloid. *Frontiers in Pharmacology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/FPHAR.2021.667763>



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUDESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

EXPERIENCIAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

EN EL NIVEL PRIMARIO DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA, ARGENTINA

Autores: ZEMEL Martín, CASELLAS Natalia, SERRANI Eugenia, GIRARDI Paula, NUÑEZ PEÑA Javier, PIRRO María Fernanda, CILLIS Sofía, DI SCALA Tiara, CILLIS Juliana, FERNÁNDEZ PARRA Lucas, GIACOBONI Germán

Centro de Trabajo: Universidad FASTA (Argentina)

Contacto: mzemel@ufasta.edu.ar

1. Introducción

1.1 Salud y Educación: una articulación fundamental para la promoción del bienestar y la equidad en el ámbito escolar

La educación es un determinante social de la salud, y tiene un papel clave en la mejora de las condiciones de vida, de trabajo y en la generación de oportunidades para la salud de las personas. La salud, a su vez, permite fortalecer las capacidades de las personas para participar plenamente en la sociedad en la que viven, y por lo tanto contribuye a disminuir inequidades sociales en la infancia y adolescencia. Por tanto, la salud y la educación son derechos de la niñez y adolescencia, y están íntimamente relacionadas. Trabajar en promoción de la salud en la escuela contribuye a garantizar estos derechos, y a lograr mejores resultados tanto de salud, como de aprendizaje.

Es cada vez más frecuente que se considere a las escuelas como un entorno clave para promover la salud, el bienestar y el desarrollo de la población infantil y adolescente. En todo el mundo, la mayor parte de esta población está escolarizada, y son cada vez más los estudiantes que acceden a la escuela secundaria tras finalizar los estudios primarios. En el mejor de los casos, las escuelas constituyen un lugar seguro donde los estudiantes pueden adquirir los conocimientos, las actitudes, los comportamientos, las competencias y las experiencias que sientan las bases para que se conviertan en ciudadanos saludables, instruidos y comprometidos. Entre otras cosas, las escuelas pueden abordar los determinantes sociales de la salud y pueden promover la salud mediante la creación de normas entre pares y habilidades socioemocionales y de iniciativas basadas en los derechos (OPS 2022)

En los primeros años de la educación, se van configurando estilos de vida que pueden contribuir a que los estudiantes sean saludables y por lo tanto fortalezcan sus activos que actúen como factores protectores en los siguientes ciclos de la vida.

En esta etapa educativa se producen cambios importantes en el desarrollo evolutivo de los individuos. El niño consolida su identidad, va adquiriendo conciencia de sus capacidades y limitaciones; comienza a percibir cuál es su situación en el mundo y en el medio social a través de su adaptación escolar. De ahí que la meta de la acción educativa es la consecución de la autonomía intelectual, social y ética de los escolares. Su logro supone, entre otras cosas, ir más allá de los hechos y experiencias inmediatas e interactuar con los demás. Son los propios sujetos los que construyen sus conocimientos en la interacción con el medio.

Las opiniones y las actitudes adquiridas durante la infancia, son muy importantes ante las situaciones futuras. Los conocimientos rigurosamente científicos, programados metódicamente para ser interpretados y transmitidos con la modalidad “aprender haciendo y jugando”, generan

actitudes y hábitos saludables y desde luego, pueden ser objetos de aprendizaje. Los modelos que se transmiten van a ser decisivos, tanto por parte de la familia como por parte de la institución educativa. Por ello, es necesario que ambas instituciones sean conscientes del papel que están desempeñando y propicien consecuentemente un desarrollo saludable.

El compromiso con la educación para la salud de los niños pretende fomentar la conciencia de éstos sobre su propia salud y estimular la responsabilidad ante la misma para que vayan tomando decisiones sanas en cuanto a su bienestar personal, físico, psíquico y social. Se trata, en definitiva, de conseguir un estilo de vida en el cual las opciones más saludables se conviertan en las más fáciles de elegir en la vida cotidiana. Es entonces donde la alfabetización en materia de salud cobra importancia tanto para los niños como para sus adultos responsables.

1.2 La alfabetización en salud y su relación con el ámbito escolar

La alfabetización en materia de salud se basa en las competencias personales y las estructuras organizativas, los recursos y el compromiso que permiten a las personas acceder, comprender, evaluar y utilizar la información y los servicios para promover y mantener un buen estado de salud.

La alfabetización en materia de salud beneficia no solo a las personas sino también a las organizaciones y a las comunidades. Si bien depende de las estructuras comunitarias y organizativas, los recursos y el compromiso, la relación es bidireccional: las comunidades y organizaciones alfabetizadas en materia de salud cumplirán mejor sus objetivos y las responsabilidades que deben a sus miembros.

Se ha informado que la baja alfabetización en salud está asociada con una mayor mortalidad, hospitalización, menor uso de servicios de atención preventiva, mala adherencia a los tratamientos indicados, dificultad para comunicarse con los profesionales de la salud, y un conocimiento más deficiente sobre los procesos de la enfermedad y las habilidades de autocontrol entre las personas con enfermedades crónicas. La alfabetización en salud deficiente también se ha relacionado con el aumento de los costos de atención sanitaria

La alfabetización en salud en contextos escolares desempeña un papel fundamental en la promoción de hábitos saludables y la reducción de desigualdades en salud. Según la OMS, la alfabetización en salud incluye no solo la capacidad de acceder y comprender información sobre salud, sino también de aplicarla para tomar decisiones informadas en entornos cotidianos como las escuelas.

Entre los beneficios de la alfabetización en salud en escuelas se puede mencionar:

- ✓ Promoción de comportamientos saludables: Los programas educativos que integran la alfabetización en salud fomentan hábitos alimentarios equilibrados, actividad física regular y prevención de conductas de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol.
- ✓ Reducción de desigualdades: Al abordar la alfabetización en salud desde una edad temprana, las escuelas pueden mitigar brechas relacionadas con el acceso a la información y servicios de salud, especialmente en comunidades desfavorecidas.
- ✓ Impacto en el rendimiento académico: La alfabetización en salud está vinculada a mejores resultados escolares, ya que estudiantes saludables tienden a mostrar mayor concentración y desempeño en sus estudios.

De ahí que las escuelas cumplen un rol fundamental como entornos saludables ya que son espacios ideales para implementar iniciativas de alfabetización en salud debido a su capacidad de llegar a amplios grupos de población joven. Este enfoque incluye:

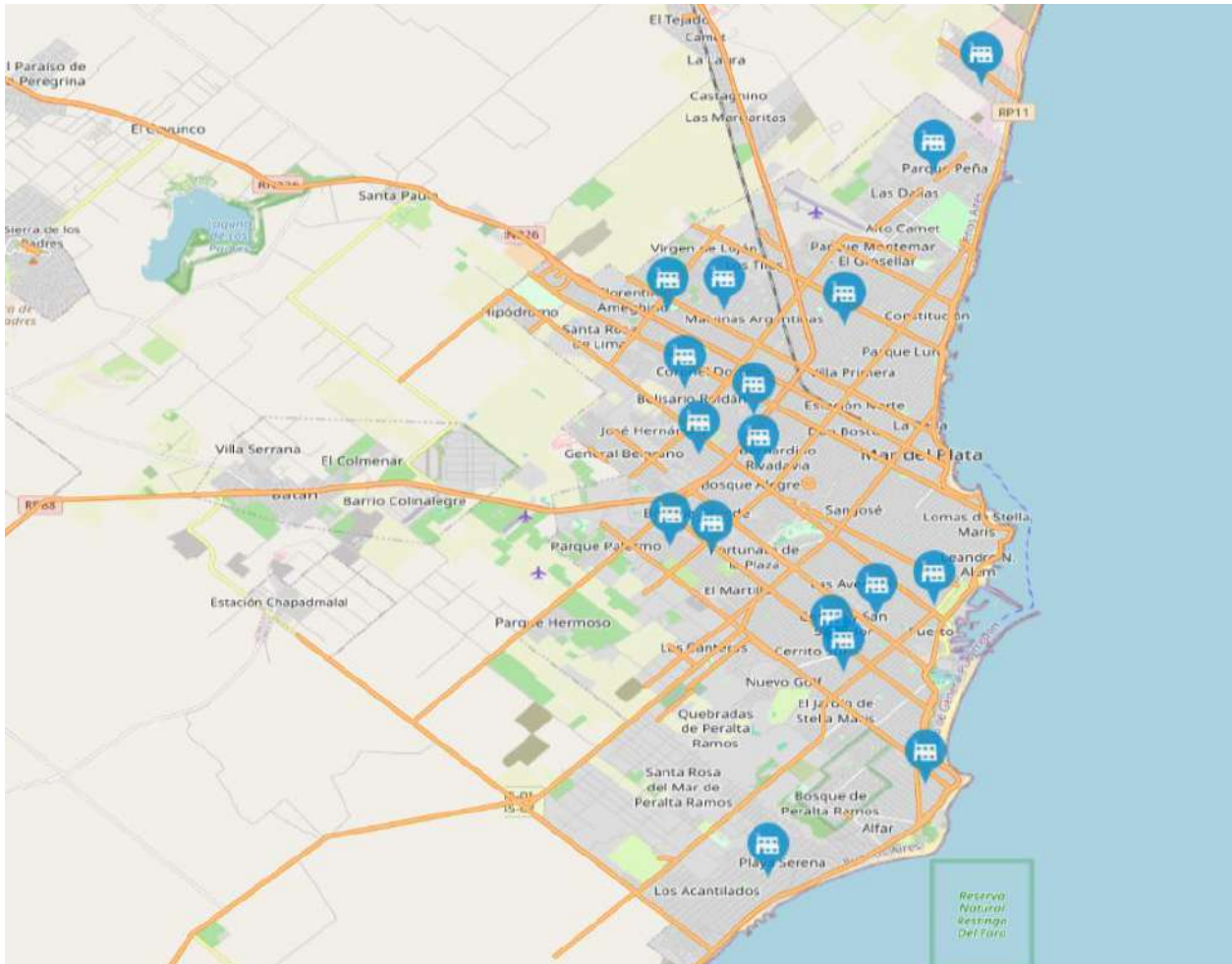
- Currículos integrados: Incorporar educación en salud en materias tradicionales para desarrollar habilidades críticas relacionadas con la salud.
- Ambientes saludables: Diseñar políticas escolares que promuevan entornos seguros y saludables, incluyendo acceso a alimentos nutritivos y actividades físicas.
- Colaboración intersectorial: Involucrar a padres, comunidades y sistemas de salud para maximizar el impacto de las intervenciones.

La alfabetización en salud en el ámbito escolar es una estrategia clave para fomentar la equidad en salud y desarrollar comunidades resilientes y saludables. Es necesario implementar políticas inclusivas que refuercen esta práctica como un componente esencial de la educación integral.

2. Experiencias locales

En el marco de la Universidad FASTA, se realizó un proyecto de investigación-acción que buscó contribuir con la promoción de la salud en las comunidades escolares del Partido de General Pueyrredon, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Los destinatarios de la propuesta incluyen a los estudiantes, docentes y familiares de los primeros años de las 17 escuelas primarias municipales. Las mismas se encuentran distribuidas en distintos barrios de la ciudad haciendo así que el grupo población sea diverso e inclusivo de todos los sectores.

Ilustración 1. Mapa de la ciudad de Mar del Plata con la georreferenciación de las Escuelas Primarias Municipales.



En la primera etapa se efectuó de una investigación documental que indagó el estado actual de las pesquisas latinoamericanas vinculadas con la alfabetización en salud, la estrategia de las escuelas promotoras de salud y las acciones vinculadas con la salud bucal comunitaria. Se revisaron publicaciones gestadas en la región durante los años 2020 y 2023. El estudio documental siguió las directrices PRISMA e incluyó PubMed, Scielo y LReferencia utilizando términos MeSH relacionados con las variables descriptas. Se realizó un análisis de los artículos publicados y se extrajeron los núcleos de trabajo e inspiración para las experiencias presentadas. A partir de ello, se elaboró una nube de palabras clave mediante la utilización de la aplicación mentimeter.

Figura 1. Nube de palabras con términos clave.



Además, se concluyó que las experiencias latinoamericanas vinculadas con las escuelas promotoras de salud estuvieron relacionadas con alguno de los siguientes ejes de trabajo:

- Educación para la salud, con énfasis en la enseñanza de Habilidades para la Vida
- Creación y mantenimiento de entornos psicosociales y ambientes físicos saludables
- Reorientación de servicios de salud y apoyo psicosocial, nutrición sana y vida activa

Esto favoreció la construcción de un esquema de trabajo que unía los Determinantes sociales con la promoción de la salud e impulsaba la estrategia de las escuelas promotoras de salud.

Figura 2. Esquema de trabajo en las experiencias revisadas



En una segunda etapa se realizó de inserción en las comunidades educativas, efectuándose el análisis situacional de las mismas. En este marco se llevaron a cabo controles de salud nutricional y odontológica, como también se evaluó el nivel de alfabetización en salud de los familiares adultos de los escolares.

Se aplicó un cuestionario voluntario denominado Health Literacy Questionnaire (HLQ). El mismo fue licenciado por Swinburne University of Technology. El HLQ consta de 44 ítems en 9 escalas que identifican perfiles de salud, la alfabetización y las necesidades de las personas y las comunidades. (Osborne RH y col, 2013). Además, se evaluó edad, sexo, nivel de instrucción, tipo de ocupación, motivo y fecha de última consulta. Se realizó la estandarización de los datos obtenidos para su procesamiento y tratamiento estadístico.

En una tercera etapa se realizaron talleres para los escolares y adultos, como también espacios de trabajo con docentes y referentes de las instituciones educativas. Además, en este período se realizaron controles de salud nutricional y odontológica para todos los estudiantes, talleres artísticos y lúdicos para estudiantes, y talleres relacionados con habilidades para la vida.

3. Consideraciones finales

Las escuelas desempeñan un papel crucial en la promoción de la alfabetización en salud y la reducción de inequidades. Es esencial implementar políticas educativas que promuevan competencias y autonomía en los estudiantes.

La alfabetización en salud es un determinante clave de la salud pública en América Latina. Su mejora requiere un enfoque integral y multisectorial que aborde inequidades estructurales y culturales, promoviendo así una mayor equidad y bienestar en la región. Un enfoque integral de promoción de la salud en las escuelas puede aumentar significativamente los niveles de alfabetización en salud. Es por ello que se considera necesario diseñar programas escolares orientados a fomentar la participación activa y la autogestión en salud.

Finalmente, se considera que el recorrido realizado contribuyó a la promoción de la salud, y en particular de la salud bucal. Particularmente, los resultados permitirán reorientar las planificaciones estratégicas en salud comunitaria promoviendo condiciones y estilos de vida más saludables como también la importancia de continuar con un enfoque salutogénico que reimpulse la estrategia de las escuelas promotoras de salud.

4. Referencias bibliográficas

1. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J: Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002, 92 (8): 1278-1283. [10.2105/AJPH.92.8.1278](https://doi.org/10.2105/AJPH.92.8.1278).
2. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K: Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011, 155 (2): 97-107. [10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005).
3. Bermejo-Martínez G; Sevil-Serrano J; García-González L; Generelo Lanasa E (2019). El papel de las familias en la promoción de hábitos saludables. Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
4. Bosi García SF, Zemel M Atención odontológica pública y determinantes de la salud. *Revista de la Facultad de Odontología*. 2020; 140 <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/121821>
5. Cordero Zumba N. B., Cárdenas Cordero A. J., Andrade Molina M. C., & Ramírez Coronel A. A. (2019). Determining factors of the nutritional status in children of school age. *Universidad Ciencia Y Tecnología*, 23(95), 25-32
6. De La Guardia Gutiérrez MA & Ruvalcaba Ledezma JC. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90
7. Di Ruggiero E. La promoción de la salud en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Global Health Promotion*, 26 (3)
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2016). Estado de situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Recuperado el 15 de Septiembre de 2021 de: <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf>
9. Fort, A., Fuks, A. J., Napoli, A. V., Palomba, S., Pazos, X., Salgado, P., Klemonsks, G., & Squassi, A. (2017). Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 13(1), 91-104
10. Gallardo Pino C, Martínez Pérez A, Arroyo Acevedo H, editores (2021) Marco competencial en promoción y educación para la salud: experiencias iberoamericanas. Dykinson
11. Gavidia Catalán V. (2021). Alfabetización en salud en la escuela. *Innovación Educativa*, (31). <https://doi.org/10.15304/ie.31.7949>

12. Gavidia, V., Garzón, A., Talavera, M., Sendra, C. y Mayoral, O. (2019). Alfabetización en salud a través de las competencias. *Enseñanza de las ciencias*, 37(2), 107-126. <https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.2628>
13. González-Penagos, C., Cano-Gómez, M., Meneses-Gómez, E. J. & Vivares-Builes, A. M. (2015). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 715-724
14. Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Pautas e indicadores mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. <https://doi.org/10.37774/9789275325124>
15. Hernández-Sánchez, Jacqueline, Oviedo-Cáceres, Maria del Pilar, Rincón Méndez, Alba Yaneth, Hakspiel-Plata, María Constanza, & Mantilla Uribe, Blanca Patricia. (2019). Tendencias teóricas y prácticas de la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 155-168. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019007>
16. Leiva Olivencia, J. J., Matas Terrón, A., & Moreno Martínez, N. M. (2017). La perspectiva de estudiantes universitarios sobre la escuela como promotora de salud y vida saludable. *Innoeduca. International Journal of Technology and Educational Innovation*, 3(2), 128-136. <https://doi.org/10.24310/innoeduca.2017.v3i2.2478>
17. Lobato Huerta, S. (2010). Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigación y Ciencia*, 18(48): 52-55. Recuperado el 15 de Abril de 2022 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67413203008>
18. Marmot, M. (2001). Economic and social determinants of disease. *Bull World Health Organ.* Tomo 79, Vol. 10, p. 988-989.
19. Melgar RA, Gallardo MC, Marambio R, Hernández P, Urzúa I. Social Determinants and Early Childhood Caries in Chile: A Retrospective Study. *J Dent Res.* 2022;101(4):421-427. <https://doi:10.1177/00220345211070294>
20. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018) 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades crónicas no transmisibles. Informe definitivo.
21. Moraes M, Moura LFAD, Corrêa MSNP. Social determinants and dental caries in the primary dentition of children aged 1-5 years in Brazil. *J Appl Oral Sci.* 2021;29. <https://doi:10.1590/1678-7757-2021-0068>

22. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes de la Salud. (2008) Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. Edit. Journal S.A. Recuperado el 15 de Abril de 2022 de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> Vergara Quintero, M. d. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 12(1):41-50. Recuperado el 16 de Julio de 2022 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
23. Organización Mundial de la Salud. (2022). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volumen 4. Case studies from WHO National Health Literacy Demonstration Projects. Génova
24. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R (2013) The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health 13:658
25. Stuart Brown (2006) ¿Qué pruebas demuestran que la promoción de la salud en las escuelas mejora la salud o previene las enfermedades y, específicamente, que tan eficaz es el enfoque de EPS? Disponible en: https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/que_pruebas_demuestran_que_la_promocin_de_la_salud.pdf
26. UIPES (2010) Promover la Salud en la Escuela: De la evidencia a la acción. Disponible en: <https://fundadeps.org/recursos/Promover-lasalud-en-la-escuela-de-la-evidencia-a-la-accion/>
27. Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES). (2018) Vencer a las ENTs con equidad: diez requisitos del sistema para la promoción de la salud y la prevención primaria de las ENTs [Internet]. Paris: UIPES Disponible en: https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/IUHPE_NCDs_positionstatement.pdf



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: EXPERIENCIA TRAS IMPLANTAR UN TALLER DE SALUD BUCODENTAL EN EDUCACION PRIMARIA

Autor/es: Irene Fernández Rollón, Isabel Carro Cuesta

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Móstoles, Colegio Nuestra Señora del Lucero

Mail de todos los autores: irenefernandezrollon83@gmail.com, whoachabe@hotmail.com

INTRODUCCION

La caries es una enfermedad de larga evolución y actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia con una elevada prevalencia en preescolares españoles, pero es prevenible y curable, por eso la importancia de conocer los hábitos higiénico dentales de los niños. El último informe sobre la situación mundial de la salud bucodental publicado por la OMS, refleja que casi la mitad de la población mundial padece enfermedades bucodentales. En este estudio nos vamos a centrar en los hábitos higiénico-dietéticos que tienen los escolares de primero a tercero de primaria de dos colegios del distrito de la Latina en Madrid.

OBJETIVOS

Principal:

- Conocer si instaurar un taller de salud bucodental para educar a la población de estos colegios en los cursos de primero a tercero de primaria conlleva modificación de hábitos.

Secundario:

- Conocer datos sobre hábitos de higiene bucodental previos a la intervención conductual de la población infantil estudiada.

METODOLOGÍA

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado mediante cuestionarios. Estos son escritos, tipo test y con múltiples respuestas cerradas rellenas por niños y niñas de primero a tercero de primaria de dos colegios del distrito de la Latina de Madrid, cuyo nivel socioeconómico es medio-bajo, con diversidad cultural; se obtuvo el consentimiento del equipo directivo de ambos colegios. No se hace distinción entre los dos colegios dado que las poblaciones estudiadas tienen perfiles similares.

RESULTADOS

El 100% de los niños se cepillaba los dientes (n=166). El 30.72% (n=51) sólo se los cepillaba una vez al día, tras el taller este número mejoró hasta el 12.04% (n=20), niños que aún seguían cepillándose sólo una vez al día. El 45.18% (n=75) se cepillaban los dientes dos veces al día antes del taller y tras él 49.40% (n=82). El 24.09% (n=40) lo hacía tres veces al día, después, este número creció hasta el 38,55% (n=64). Con presencia o ayuda de algún adulto el 46.39% de la muestra (n= 77). El 48.19% (n=80) de los niños estudiados ha tenido caries.

EXPERIENCIA TRAS IMPLANTAR UN TALLER DE SALUD BUCODENTAL EN EDUCACION PRIMARIA

Irene Fernández Rollón, Isabel Carro Cuesta irenefernandezrollon83@gmail.com

OBJETIVOS/ OBJETIVES

Objetivo principal:

- Conocer si instaurar un taller de salud bucodental en los colegios Brot Madrid y Nuestra Señora del Lucero, en los cursos de primero a tercero de primaria, conlleva modificación de hábitos.

Objetivos secundarios:

- Analizar cuáles son las prácticas que se adquieren tras impartir los talleres.

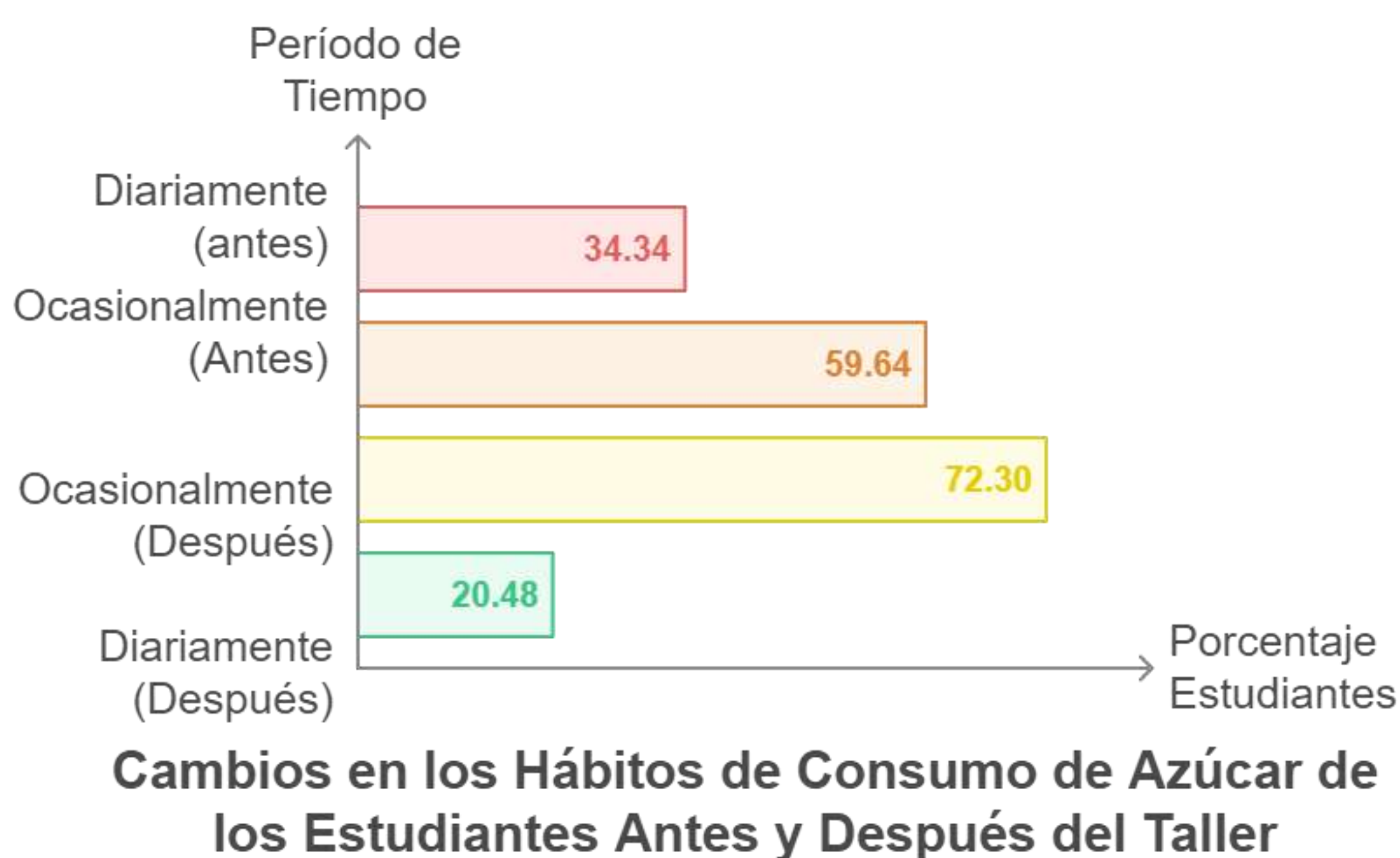
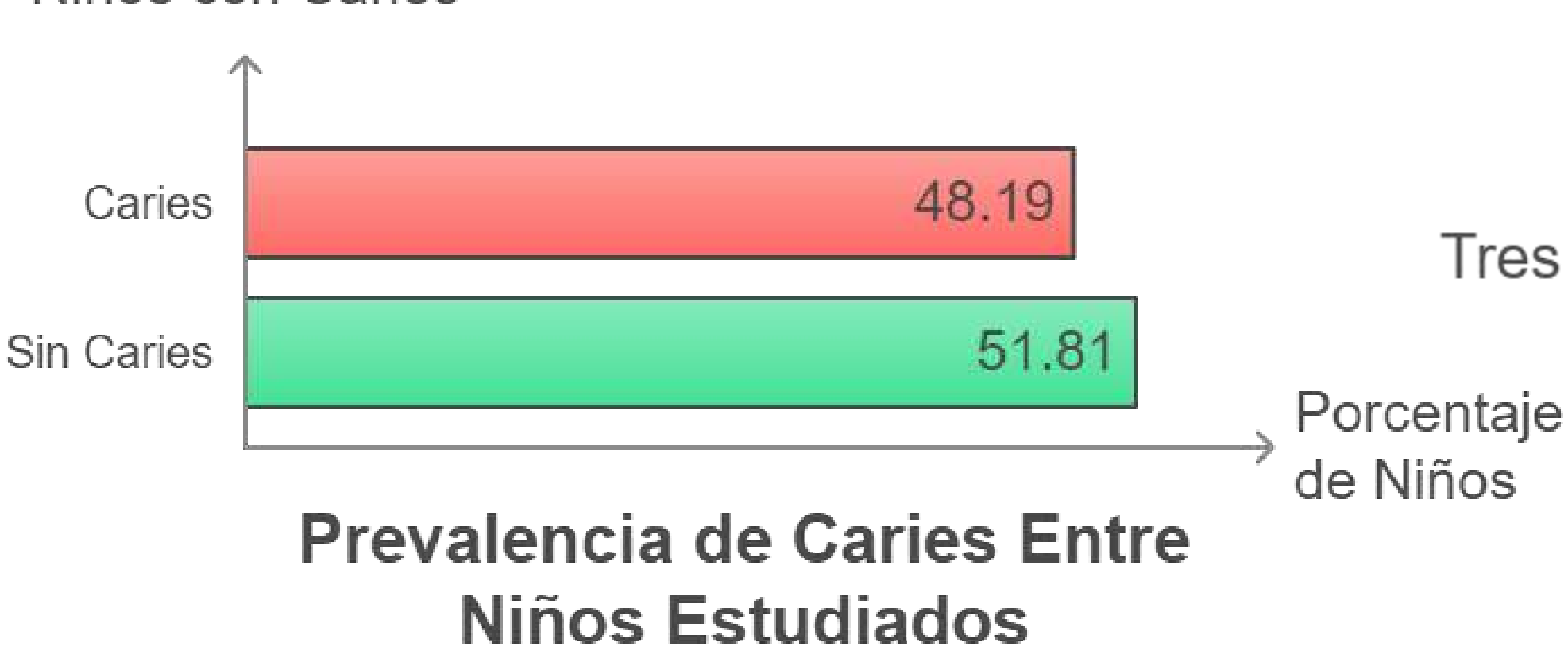
MÉTODO/ METHOD

Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado mediante cuestionarios tipo test con múltiples respuestas cerradas rellenas por niños y niñas de primero a tercero de primaria de estos colegios, antes del inicio del taller y tres meses después; cuyo nivel socioeconómico es medio – bajo, con diversidad cultural. Se obtuvo el consentimiento del equipo directivo de ambos colegios.

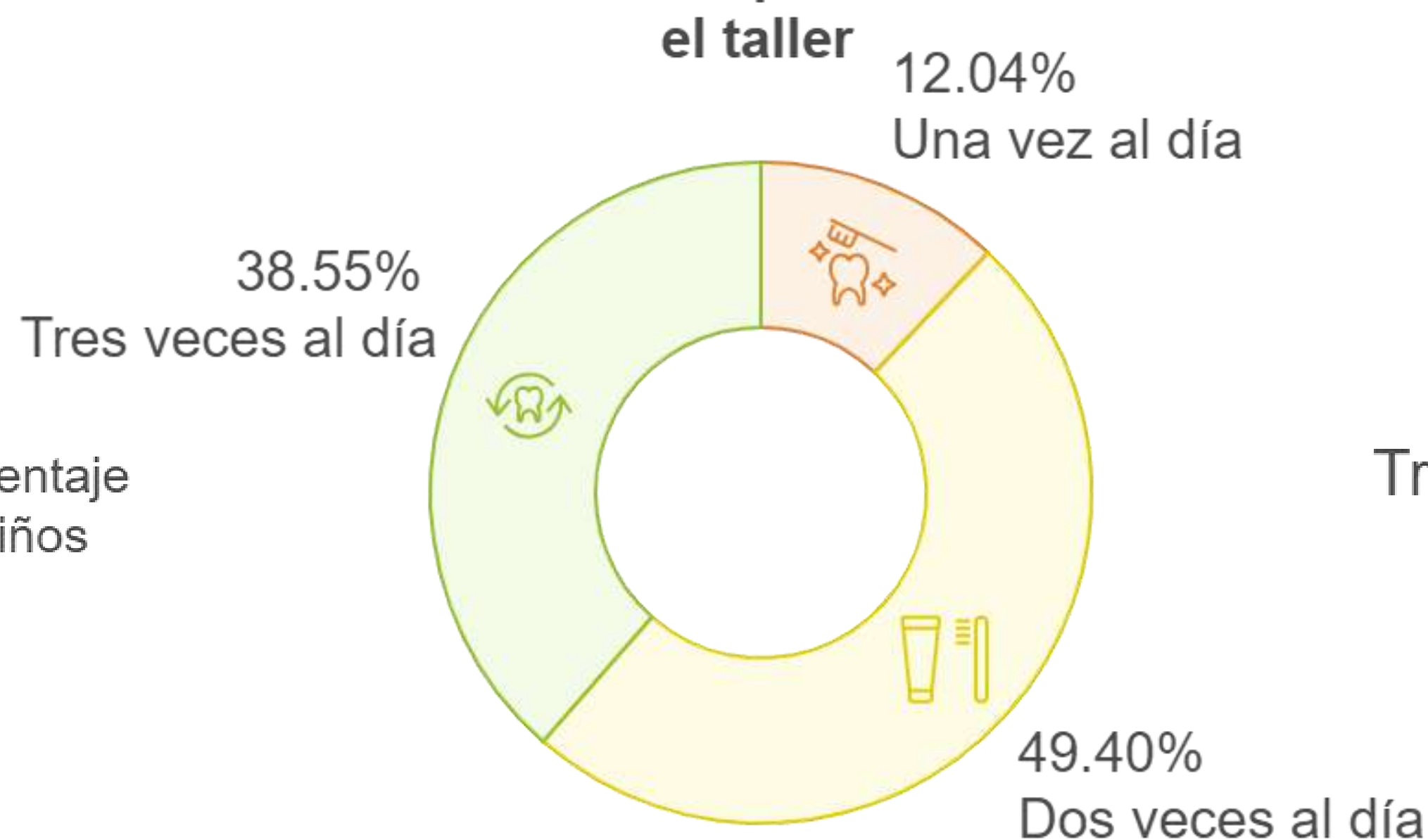
La duración del taller fue de una hora y a través de él, se pretendió conocer y hacer saber a los niños por qué debían cepillarse los dientes siguiendo las recomendaciones del “Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España”.

RESULTADOS/ RESULTS

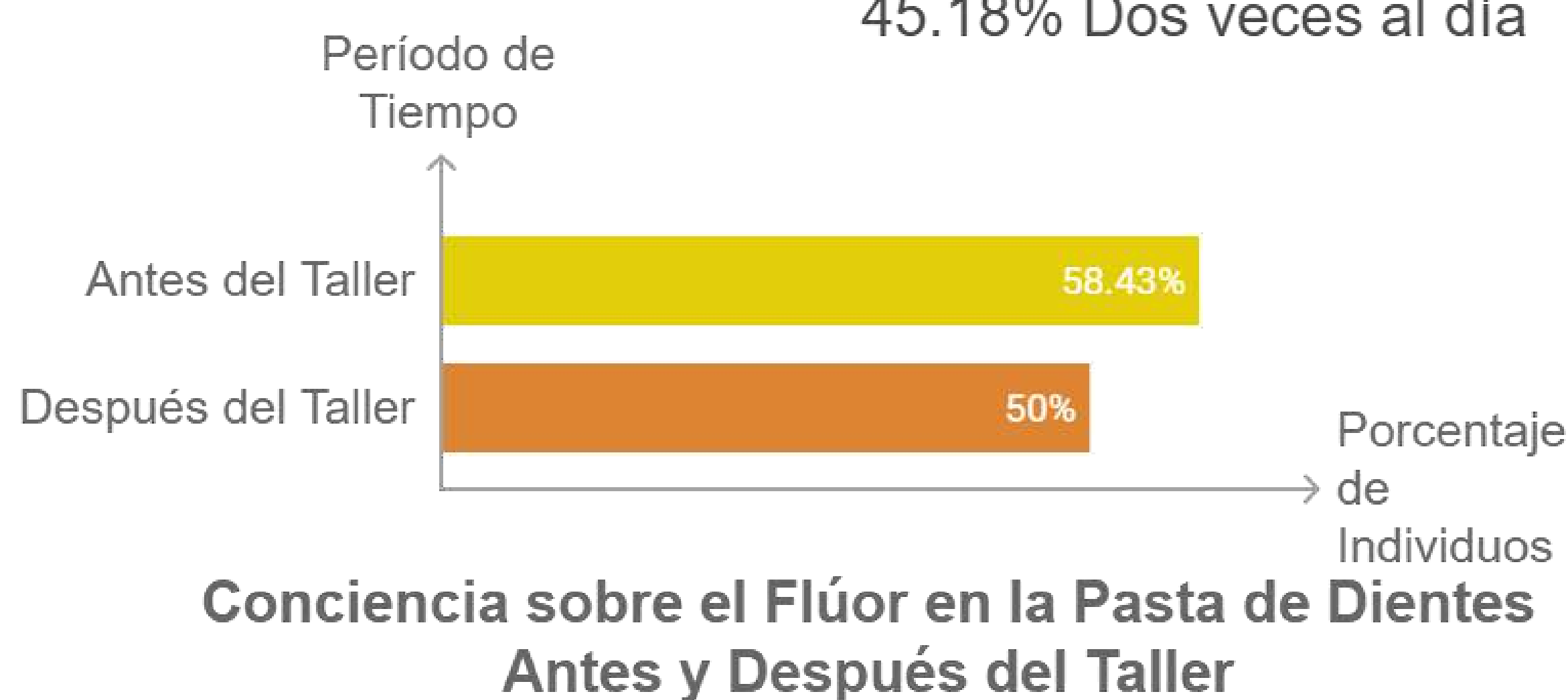
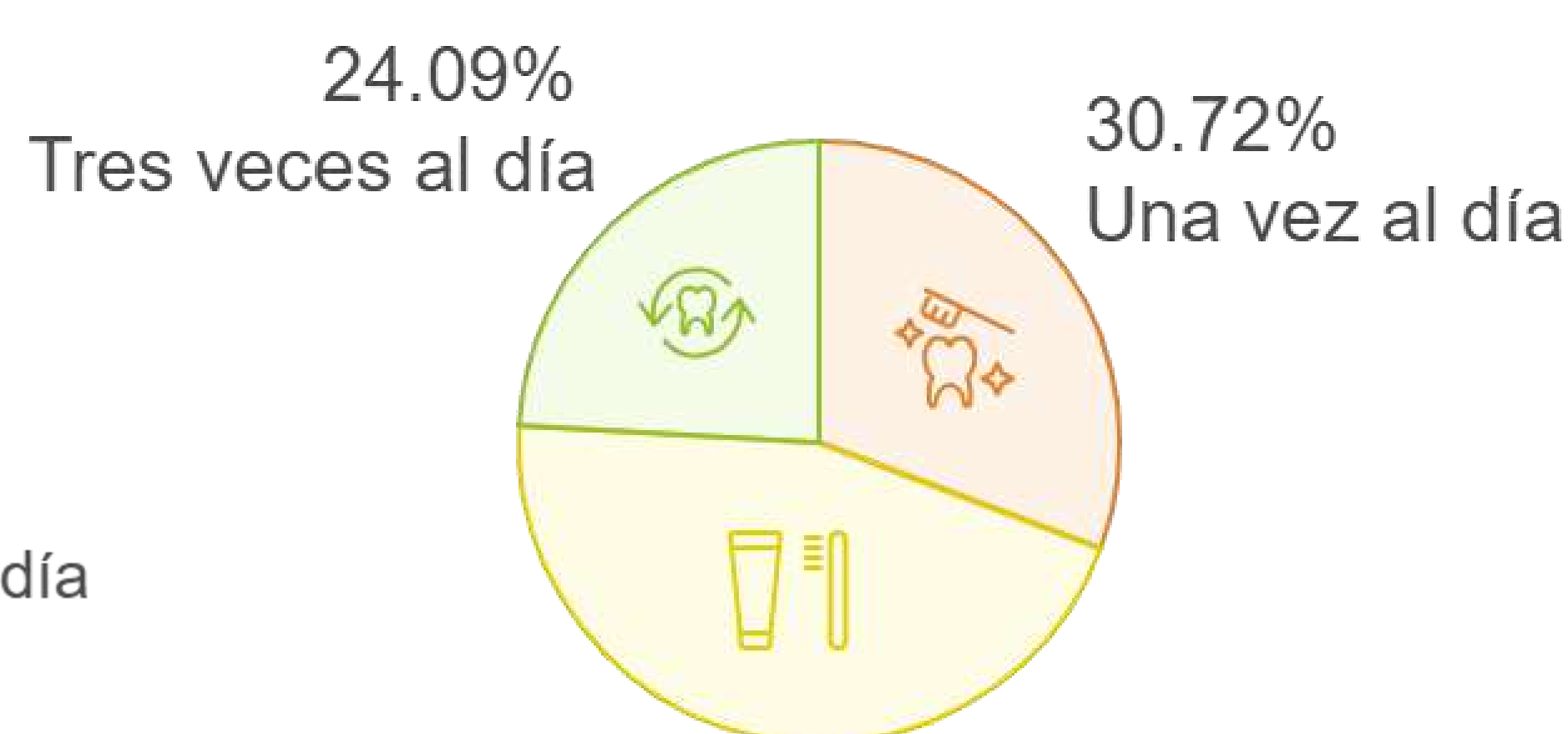
Niños con Caries



Frecuencia del cepillado dental tras el taller



Frecuencia de cepillado dental antes del taller



CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

- Es necesario educar y concienciar a la población, desde las edades más tempranas, en una correcta higiene bucal.
- Podemos decir que en estos colegios, implantar un taller de salud bucodental sí es beneficioso para los alumnos, pero para que estos refuerzos perduren en el tiempo, deberíamos hacer partícipes a los padres.
- Se pretende volver a realiza estos test 6 meses y 1 año después , para saber si realmente mantienen estos hábitos.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- *1 Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, Cuadrado Conde A, Alquézar Villarroja L, Garach Gómez A, et al. Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil. Aten Primaria [Internet]. 2019;51(7):416–23. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656717308429>. *2 Morata Alba J, Morata Alba Laia. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación?. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Jul 15]; 21(84): e173-e178. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000400003&lng=es. Epub 25-Mayo-2020. *3 NOVIEMBRE 2020 Vol. 25 Nº 4 Encuesta de Salud Oral en España 2020 Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Canorea Díaz E, Casals Peidró E, Cortés Martincorena FJ, Expósito Delgado A, Gómez Santos G, Hidalgo Olivares G, Lamas Oliveira M, Martínez Beneyto Y, Monge Tapias M, Montiel Company JM, Navarro Moreno MI, Otero Casal MP, Sainz Ruiz C, Trullols Casas MC. <https://sespo.es/wp-content/uploads/Encuesta-de-Salud-Oral-en-Espa%C3%B1a-2020.pdf>. *4 González Sanz Ángel Miguel, González Nieto Blanca Aurora, González Nieto Esther. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Jul [citado 2024 Oct 13]; 28(Suppl 4): 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es. *5 Dho María Silvina. CONSUMO DE ALIMENTOS CARIÓGENOS EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE CORRIENTES, ARGENTINA. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2015 Dec [cited 2024 Oct 12]; 20(2): 90-101. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000200007&lng=en. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.7>. *6 González Sanz Ángel Miguel, González Nieto Blanca Aurora, González Nieto Esther. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Jul [citado 2024 Oct 13]; 28(Suppl 4): 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es. *7 Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Organización Mundial de la Salud. (18-noviembre-2022). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>. *8 Hernández Juyol M. Diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. En: Protocolo de la Sociedad Española de Odontopediatría. Disponible en http://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf. *9 GlobalOrthodontics. Salud Oral en los Escolares [Internet]. GLOBALORTHODONTICS. 2020 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://globalorthodontics.com/blog/salud-oral-en-los-escolares/>. *10 Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Sep [citado 2024 Sep 11]; 13(51):435-458. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300010&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010>. *11 Atención a la Salud Bucodental [Internet]. Comunidad de Madrid. 2017 [citado el 13 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-salud-bucodental>



XII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

TITULO DEL CAPITULO: EXPERIENCIA TRAS IMPLANTAR UN TALLER DE SALUD BUCODENTAL EN EDUCACION PRIMARIA

Autor/es: Irene Fernández Rollón, Isabel Carro Cuesta

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Móstoles, Colegio Nuestra señora del Lucero

Mail de todos los autores: irenefernandezrollon83@gmail.com , whoachabe@hotmail.com

INTRODUCCION

La salud bucodental es el estado de la boca, los dientes y las estructuras orofaciales que permite a los individuos comer, respirar y hablar; y abarca importantes aspectos psicosociales como la confianza en uno mismo, el bienestar, la capacidad para socializar, etc.

En este estudio nos vamos a centrar en los hábitos higiénico-dietéticos que tienen los escolares de primero a tercero de primaria de dos colegios del distrito de la Latina en Madrid ya que, aunque hay antecedentes de estudios similares, ninguno referido a estas edades, población y contexto escolar.^{1,2}

La caries es una enfermedad de larga evolución y actualmente la enfermedad crónica más frecuente en la infancia con una elevada prevalencia en preescolares españoles, pero es prevenible y curable, por eso la importancia de conocer los hábitos higiénico dentales de los niños. Según la última encuesta de Salud Oral en España de 2020³, la prevalencia de caries en niños de 5-6 años en dentición temporal es del 35.5%.

Son muchos los estudios epidemiológicos que relacionan el consumo de azúcar con la prevalencia de caries.^{4,5,6} El último informe sobre la situación mundial de la salud bucodental publicado por la OMS⁷, refleja que casi la mitad de la población mundial padece enfermedades bucodentales, y que tres de cada cuatro personas afectadas viven en países con ingresos medianos o bajos, por eso es importante intervenir desde edades tempranas.

La cuestión a resolver a través de esta investigación es si: ¿Se modificarán los hábitos higiénico-dentales de los alumnos de primero a tercero de primaria tras impartir el taller de salud bucodental en los colegios Nuestra Señora del Lucero y Brot Madrid del distrito de la Latina (con mucha variedad cultural) en un curso lectivo?

HIPÓTESIS

La intervención conductual en salud bucodental en edades tempranas favorecerá mantener hábitos higiénicos dentales saludables a largo plazo.



OBJETIVOS

Principal:

- Conocer si instaurar un taller de salud bucodental para educar a la población de estos colegios en los cursos de primero a tercero de primaria conlleva modificación de hábitos.

Secundarios:

- Conocer datos sobre hábitos de higiene bucodental previos a la intervención conductual de la población infantil estudiada.

- Analizar cuáles son las prácticas que se adquieren tras impartir los talleres y en cuáles presentan mayor dificultad.

- Implementar mejoras para futuras sesiones de salud bucodental en estos colegios para que adquieran todos los hábitos propuestos.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado mediante cuestionarios. Estos son escritos ^{anexo}, tipo test y con múltiples respuestas cerradas rellenas por niños y niñas de primero a tercero de primaria de los colegios citados anteriormente del distrito de la Latina de Madrid, cuyo nivel socioeconómico es medio-bajo, con diversidad cultural; se obtuvo el consentimiento del equipo directivo de ambos colegios. No se hace distinción entre los dos colegios dado que las poblaciones estudiadas tienen perfiles similares. Se realizaron en marzo de 2024, el mismo día en el que se impartió el taller y posteriormente, tres meses después, en junio 2024.

La duración del taller fue de una hora, a través de él, se pretendió conocer y hacer saber a los más pequeños por qué debían cepillarse los dientes. Además, se transmitió la información de que cepillar los dientes sirve para limpiarlos de la placa bacteriana, que produce ácidos que atacan el esmalte de los dientes y puede dar lugar a las caries y también a la gingivitis. La gingivitis a la larga produce la enfermedad periodontal, que es la principal causa de pérdida de dientes en adultos.

En el taller se trataron y desarrollaron todos los puntos recomendados por “El colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España” ^{8,9}:

- Comenzar el cepillado tan pronto como se tenga el primer diente temporal.
- Usar pasta dental con concentración de ion flúor de 1000 ppm como mínimo, a partir de los 3 años 1450ppm. Se les explica qué es el flúor y para qué sirve.
- Cepillarse, como mínimo, dos veces al día. El más importante por la noche.
- Dedicar 2 minutos al cepillado cada vez que se haga.
- Después del cepillado escupir los restos de pasta, pero no enjuagarse con agua ni otros líquidos.
- Utilizar una cantidad de pasta tamaño guisante.
- Supervisar el cepillado de los hijos por lo menos hasta los 8 años.
- Recordar que hay que cepillar todas las caras de los dientes.
- Evitar cepillados bruscos.
- Siempre que se pueda, utilizar una pasta dental con arginina al 1.5%.
- No permitir que coman o chupen pasta del tubo ya que hay riesgo de fluorosis.
- Visitar al dentista al menos 2 veces al año
- Controlar el consumo de dulces.



Criterios de inclusión: niños y niñas de 6 a 9 años de los colegios de Nuestra Señora del Lucero y Brot Madrid del distrito de la Latina. Madrid.

Criterios de exclusión: niños y niñas que no acudieron al taller y por lo tanto no hicieron encuesta inicial.

RESULTADOS

Muestra de 166 escolares de los cursos y centros educativos citados anteriormente. Todos los niños (n= 166) tenían cepillo de dientes. Tras la sesión impartida, aún así, la enfermera escolar regaló a todos los niños un estuche con cepillo de dientes y pasta.

El 100% de los niños se cepillaba los dientes (n=166). El 30.72% (n=51) sólo se los cepillaba una vez al día, tras el taller este número mejoró hasta el 12.04% (n=20), niños que aún seguían cepillándose sólo una vez al día. El 45.18% (n=75) se cepillaban los dientes dos veces al día antes del taller y tras él 49.40% (n=82). El 24.09% (n=40) lo hacía tres veces al día, después, este número creció hasta el 38,55% (n=64). Con presencia o ayuda de algún adulto el 46.39% de la muestra (n= 77).

El 48.19% (n=80) de los niños estudiados ha tenido caries.

La gran mayoría han ido al dentista alguna vez, solo un 15.66% (n= 26) aún no ha ido ninguna vez a revisión.

Un 34.34% (n=57) refiere comer dulces todos los días (zumos, batidos, chocolate, chucherías,). Antes del taller, un 59.64% de los alumnos (n=99) comía alimentos azucarados esporádicamente, tras él esta cifra mejoró hasta el 72.30% (n=120).

Un porcentaje elevado de los casos (58.43% n=97) no sabe si su pasta de dientes contiene flúor incluso no saben ni lo que es. Tras el taller, seguían sin saber si su dentífrico contenía o no flúor (50% n=83).

Un 60.84% (n=101) de los alumnos usaban otro elemento de higiene bucodental. El más usado, el enjuague bucal (61.4% n=62), frente al hilo dental (38.61% n=39). Un 4.9% (n=5) usaban irrigadores y un 2% (n=2) no sabía el nombre de lo que usaba tras la pasta de dientes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries dental, las afecciones de las encías, las infecciones bucodentales y las lesiones tumorales, traumáticas y congénitas.

Las caries dentales se pueden prevenir manteniendo una baja concentración de fluoruros en la cavidad bucal, ya que el flúor en cantidades óptimas consigue aumentar la mineralización dental y la densidad ósea, reducir el riesgo y la prevalencia de caries dental y ayudar a la remineralización del esmalte en todas las etapas de la vida. Ello se puede conseguir mediante la fluoración de las aguas, la sal, la leche, colutorios o pasta dentífrica o mediante la aplicación de fluoruros por profesionales,¹⁰ por eso es importante que los menores tengan esta información a través de los talleres y que todos ellos sepan cómo se hace un correcto lavado de dientes.

Por todo ello, es necesario educar y concienciar a la población, desde las edades más tempranas, en una correcta higiene bucal. Las intervenciones de promoción de la salud en los centros escolares pueden ser eficaces en la transmisión de conocimientos, desarrollo de habilidades y apoyo en la adopción de elecciones positivas para la salud.



Siendo la caries una enfermedad potencialmente controlable, debemos dedicar más esfuerzos preventivos y educativos para evitarla,³ ya que la prevalencia en todo el mundo aún es muy elevada. Durante los primeros seis años de vida los niños deben ser ayudados por sus padres ya que hasta los 7-10 años, el niño no adquiere la habilidad motora suficiente para hacerlo solo.

El 48.19% de los niños de nuestro estudio tenían caries dental. Estos resultados indican que en la población estudiada se puede mejorar la educación sobre higiene bucodental. Algo menos de la mitad de la muestra se cepillaba los dientes en presencia o con ayuda de un adulto. Habría que conocer si los adultos tienen buenos conocimientos sobre el cepillado, cantidad de flúor, etc. para ayudar mejor a estos niños que están comenzando a ser autónomos en el cepillado y evitar la incidencia de caries.

Tras el taller se consiguió que un 18.68% (n=31) de la población estudiada se cepillara los dientes dos o tres veces al día, en vez de hacerlo sólo una vez.

El 15,66% de la muestra no había acudido ninguna vez al dentista. Lo recomendable es acudir con el comienzo de la salida de los dientes temporales, aunque se entiende que no todo el mundo puede pagar una revisión de odontología desde que el niño tiene 6 meses, y mucho menos en esta comunidad tan multicultural y con los ingresos económicos medios-bajos; pero la Comunidad de Madrid tiene el programa de salud bucodental que abarca desde los 6 a 16 años gratuitamente.¹⁰ Una vez más, habría que saber cómo de informados están los padres en esta cuestión y si en la revisión de los 6 años del centro de salud correspondiente les han explicado que tienen que pedir cita para que les vea su odontopediatra de zona.

Tras el taller, un 13.86% (n=23) de niños redujeron su consumo de azúcar todos los días, más o menos lo que se incrementó (12.66%) el consumo esporádico.

Podemos decir que, en estos colegios, implantar un taller de salud bucodental sí es beneficioso para los alumnos, por lo que se verifica la hipótesis planteada, pero para que estos refuerzos perduren en el tiempo, deberíamos hacer partícipes a los padres.

A partir de este año, se comenzará a impartir estos talleres de salud bucodental junto con el taller de hábitos saludables de alimentación, ya que ambos están relacionados. Además, se empezará a hablar de salud bucodental desde el segundo ciclo de infantil, cuanto antes actuemos, mejores resultados obtendremos.

Se ha informado a todas las familias de los centros a través de una circular sobre el programa PADI de la CAM, para fomentar y animar a las familias a que hagan uso de él. En la página web del colegio estará colgado durante todo el curso.

Se pretende volver a realizar estos test 6 meses y un año después en estos mismos alumnos para saber si realmente mantienen estos hábitos. Si no se lograra, habría que redirigir el taller y/o aumentar el número de horas del mismo.



ANEXO

TEST EVALUACIÓN BUCODENTAL

1.- ¿Tienes cepillo de dientes?

- a) Sí
- b) No

2.- ¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día?

- a) Una vez
- b) Dos veces
- c) Tres o más

3.- ¿Has tenido caries alguna vez?

- a) SÍ
- b) No

4.- ¿Has ido alguna vez al dentista?

- a) Sí
- b) No

5.- ¿Cuántas veces comes chocolate, chuches, zumos, batidos...?

- a) Nunca
- b) Todos los días
- c) De vez en cuando

6.- ¿Te ayudan tus padres a cepillarte los dientes o hay algún adulto contigo supervisándote cuando lo haces?

- a) Sí
- b) No

7.- ¿Tu pasta de dientes tiene flúor?

- a) Sí
- b) No
- c) No lo sé

8.- Además del cepillo y la pasta de dientes, ¿utilizas otro elemento de higiene bucodental? ¿Cuál?

- a) Sí
- b) No



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, Cuadrado Conde A, Alquézar Villarroya L, Garach Gómez A, et al. Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil. *Aten Primaria* [Internet]. 2019;51(7):416–23. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656717308429>
- ² Morata Alba Júlia, Morata Alba Laia. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación?. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Jul 15] ; 21(84): e173-e178. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000400003&lng=es. Epub 25-Mayo-2020.
- ³ NOVIEMBRE 2020 Vol. 25 N° 4 Encuesta de Salud Oral en España 2020 Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Canorea Díaz E, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Expósito Delgado A, Gómez Santos G, Hidalgo Olivares G, Lamas Oliveira M, Martínez Beneyto Y, Monge Tàpies M, Montiel Company JM, Navarro Moreno MI, Otero Casal MP, Sainz Ruiz C, Trullols Casas MC. <https://sespo.es/wp-content/uploads/Encuesta-de-Salud-Oral-en-Espa%C3%B1a-2020.pdf>
- ⁴ González Sanz Ángel Miguel, González Nieto Blanca Aurora, González Nieto Esther. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2013 Jul [citado 2024 Oct 13] ; 28(Suppl 4): 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es.
- ⁵ Dho María Silvina. CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE CORRIENTES, ARGENTINA. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. 2015 Dec [cited 2024 Oct 12] ; 20(2): 90-101. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000200007&lng=en. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.7>.
- ⁶ González Sanz Ángel Miguel, González Nieto Blanca Aurora, González Nieto Esther. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2013 Jul [citado 2024 Oct 13] ; 28(Suppl 4): 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es.
- ⁷ Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Organización Mundial de la Salud. (18-noviembre-2022). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>
- ⁸ Hernández Juyol M. Diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. En: *Protocolo de la Sociedad Española de Odontopediatría*. Disponible en http://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf



⁹ GlobalOrthodontics. Salud Oral en los Escolares [Internet]. GLOBALORTHODONTICS. 2020 [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://globalorthodontics.com/blog/salud-oral-en-los-escolares/>

¹⁰ Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Sep [citado 2024 Sep 11]; 13(51):435-458. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300010&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300010>.

¹¹ Atención a la Salud Bucodental [Internet]. Comunidad de Madrid. 2017 [citado el 13 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-salud-bucodental>



XIII Encuentro Internacional de Expertos en Salud Escolar y Universitaria
EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

TRATAMIENTO PSICOMOTOR DE LA ATAXIA CEREBELOSA

Dr. Leandro José Castro Gómez¹

La ataxia es un trastorno del desplazamiento, más concretamente un trastorno de la marcha, que puede estar provocado por distintas causas. En el caso propuesto se trata de una ataxia infantil, provocada por una encefalopatía connatal, debida a un sufrimiento fetal, con afectación, predominante, del cerebelo.

La característica predominante de la afectación del cerebelo es la ataxia o trastorno de la marcha. Las personas caminan de forma inestable, con los pies muy separados y frecuentes pérdidas del control del eje medio corporal. Con frecuencia también experimentan dificultades cuando intentan realizar movimientos rápidos y precisos, como abotonar una camisa o escribir. En otras ocasiones pueden presentar temblor inrencional al intentar tomar o manipular un objeto. En esta forma de temblor, el empezar un movimiento voluntario, como agarrar un libro, causa un temblor que afecta la parte del cuerpo usada. El temblor empeora según el individuo se acerca al objeto deseado.

Además de la afectación del tono muscular, el equilibrio, la marcha y la coordinación de movimientos, puede estar afectado el lenguaje, la deglución y los movimientos oculares. En definitiva la sintomatología de la Ataxia Cerebelosa se manifiesta con trastorno de la marcha, desequilibrio, temblor intencional, hipotonía muscular, disimetría y disartría.

Uno de los retos más importantes que hoy tiene la escuela, es dar respuesta a la diversidad del alumnado. Los niños con necesidades especiales precisan más ayuda y ayuda distinta de la del resto de compañeros de su edad, para conseguir los objetivos básicos del currículum educativo ordinario. La escolarización del alumnado con algún tipo de trastorno del desarrollo se realiza, a partir de los tres años de forma opcional y a partir de los seis de forma obligatoria, en el sistema ordinario de la educación general, recibiendo los programas de apoyo y los recursos que necesite.

¹ Doctor en Medicina, Diploma de Estado Francés en Reeducción Psicomotriz, Médico Escolar de la Junta de Andalucía.



XIII Encuentro Internacional de Expertos en Salud Escolar y Universitaria
EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

La atención a las necesidades especiales en la infancia no es competencia ni de un solo profesional ni de un solo sector, sino que precisan un abordaje intersectorial e interdisciplinar. En Andalucía el médico escolar, con destino en un equipo de orientación educativa de carácter itinerante, es el profesional que proporciona la atención especializada de carácter terapéutico para el desarrollo de las habilidades motrices y seguimiento de los problemas de salud.

La psicomotricidad, entendida como educación del movimiento y educación a través del movimiento, es una disciplina idónea para desarrollar en el ámbito escolar, ya sea como educación psicomotriz o como terapia psicomotriz, tanto para estimular el desarrollo psicomotor como para compensar las alteraciones del mismo.

El tratamiento psicomotor de la Ataxia Cerebelosa tiene como finalidad mejorar el equilibrio estático y dinámico, la marcha sobre distintas superficies de apoyo, la coordinación general de movimientos para subir y bajar una escalera y mejorar la disimetría con actividades de coordinación óculo-segmentaria, tanto óculo-manual como óculo-peda. El aspecto concreto de la intervención que se aborda en la grabación se refiere al tratamiento psicomotor para proporcionar experiencias corporales para mejorar el control del eje de medio, de las adaptaciones posturales y del equilibrio para favorecer la integración del eje medio corporal, la vestibulación, los apoyos plantares y la locomoción.

Se trata de una niña de cinco años de edad que presenta discapacidad motora del 36% de origen cerebeloso que afecta al equilibrio, a la marcha, a la coordinación general de movimientos, al lenguaje y al aprendizaje. Está escolarizada en educación infantil de cinco años en un colegio público en la modalidad centro ordinario con apoyo a periodos variables. Recibe atención especializada, por el maestro de pedagogía terapéutica, la maestra de audición y lenguajes, la monitora de educación especial (PTIS), para los desplazamientos por el centro, en el recreo y para el aseo y el autocuidado, y por el médico del equipo de orientación educativa para el tratamiento psicomotor ya que el trastorno del equilibrio provoca una actitud de inseguridad que le limita la participación en actividades colectivas motoras, debido a la escasa capacidad de defensa ante la caída.



XIII Encuentro Internacional de Expertos en Salud Escolar y Universitaria
EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

BALANCE PSICOMOTOR

El Balance Psicomotor es el punto de partida imprescindible para elaborar un programa para la estimulación del desarrollo psicomotor ya que nos conocer el nivel de desarrollo y detectar las desviaciones del mismo.

Exploración NEUROMOTORA. A nivel de Tono Muscular presenta una hipotonía que compromete el mantenimiento de la postura, así como la precisión de movimientos voluntarios agravados por el temblor intencional, y la respuesta muscular refleja está disminuida. El Equilibrio estático y dinámico está alterado con un deficiente control postural en bipedestación, incapacidad para mantenerse inmóvil de pie es mucho más evidente con los pies juntos (Romberg +). La Marcha es atáxica con inestabilidad del eje medio (similar al provocado por la embriaguez donde hay intoxicación etílica del cerebelo), con desplazamiento del centro de gravedad hacia delante, apertura de la base de sustentación, de característica taloneante y extensión lateral de los brazos para facilitar el control del equilibrio. No tiene adquirido los patrones locomotores de carrera y salto y baja y sube escaleras sin alternar los pies y sujeta al pasamano. La coordinación general de movimientos y la coordinación óculo-manual y óculo-pedal es deficiente (Dismetría).

Exploración PERCEPTIVOMOTORA. Lateralidad definida como diestra para escribir y manipular aunque con escasa habilidad. En la Estructuración Espacio-Temporal se observa inseguridad al ocupar el espacio y dificultad para adaptarse a los ritmos rápidos la deficiente coordinación de movimientos. La Imagen Corporal está muy devaluada debido al deficiente control del equilibrio, la mala coordinación dinámica general y a la ausencia de reacción en paracaídas.

EXPLORACIÓN PRÁXICA. Se observa una afectación general de las Praxias Globales con dificultad para reproducir una secuencia motora por el trastorno del equilibrio, de la Praxias Manipulativas s por el temblor intencional de la mano dominante y la descoordinación de la mano auxiliar (Dipraxia y Disgrafía), de las Praxias Buc-Fonatorias con un trastorno del lenguaje expresivo (Disartria) y de las Praxias Respiratorias con poca capacidad pulmonar y deficiente control del ciclo respiratorio.



XIII Encuentro Internacional de Expertos en Salud Escolar y Universitaria
EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

TRATAMIENTO PSICOMOTOR

Los objetivos del programa psicomotor son mejorar el equilibrio, la coordinación de movimientos, la manipulación y la imagen corporal.

EQUILIBRIO ESTÁTICO: El control de los movimientos proximales para mejorar la estabilidad del eje medio corporal, el control postural, el equilibrio estático y la sedestación. El control de los movimientos distales de brazos para redistribuir el peso del cuerpo alrededor del eje medio corporal. La integración del eje medio es necesaria para el control de movimientos distales de piernas y brazos y de las reacciones de equilibración. La vestibulación para favorecer la percepción de la información del sistema vestibular sobre las inclinaciones de eje medio corporal y la posición de la cabeza en el espacio.

EQUILIBRIO DINÁMICO: Las distintas formas de locomoción, previa a la marcha, como la reptación y el gateo, sirven para favorecer la coordinación y la integración funcional de los segmentos corporales. Los cambios posturales al pasar de tumbada, de rodillas, sentada, agachada y de pie, para mejorar coordinación, equilibrio dinámico y alineación postural.

LOCOMOCION: La marcha sobre superficies con distinta consistencia, con distinto grado de inclinación, con cambios de dirección, en zig zag, en círculo, hacia delante, detrás y lateralmente. Para iniciar la carrera y también la marcha es conveniente utilizar un arnés de seguridad que sirve de ayuda para mantener la verticalidad y evitar el riesgo de caídas. Detener la marcha dentro de cada aro y seguir o agacharse, tocar el suelo y seguir. Cambio de dirección, caminar en círculo, en un sentido y en otro, en zigzag, girar en cada bolo, con piernas abiertas, cambiar a la dirección la señal, por un pasillo estrecho tocando con cada mano de pared a pared, hacia detrás y lateralmente. Marcha dificultada por una hilera de colchonetas que le impide arrastrar los pies, por una línea mientras toca las palmas, sosteniendo un saquito de arena en la cabeza, sosteniendo una pelota en cada mano o en línea recta con los ojos tapados. Marcha para cambiar de nivel y pasar por encima de una sucesión de vallas, subir y bajar una escalera hecha con colchonetas de educación física superpuestas, un escalón, una escalera sujeta al pasamano y con los dos pies en cada escalón, si agarrar el pasamanos, sujeta con el arnés de seguridad.



COORDINACIÓN VISO-SEGMENTARIA Y MANIPULACIÓN. La disimetría y el temblor intencional son dos aspectos a tener presentes en la programación dirigida a mejorar la coordinación viso motora y la manipulación de objetos con habilidad.

IMAGEN CORPORAL. Aunque tenga falta de confianza en sus posibilidades motrices no se puede decir que tenga una imagen corporal devaluada ya que es consciente de sus posibilidades y de sus limitaciones. No es necesario, por tanto, hacer un trabajo específico más allá de mejorar el equilibrio y la coordinación de movimientos para mejorar sus posibilidades motrices.

Bibliografía

Castro Gómez,L.J.: *Balance Psicomotor. Exploración del desarrollo infantil.* Editado en Amazon, 2023.

Castro Gómez,L.J, González Almodóvar.C, Mena Romero,C, Martín de Hinojosa.M, Nasri Dawoo,W, Múgica Flores,L, Izquierdo Díaz,T, y Aguilar Hidalgo,G: *Protocolo de atención al alumnado con discapacidad motora.* Edita Delegación de Sevilla de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. Sevilla, 2015.

Castro Gómez,L.J.: *Intervención educativa en los trastornos del desarrollo.* Libro de Actas de las XVIII Jornadas de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria. Sevilla, 2014:

Castro Gómez,L.J.: *Arnés andador primeros pasos* (vídeo tutorial sobre la fabricación del arnés), 2012.
<https://www.youtube.com/watch?v=DgGT-MLvmEw&t=21s>

Castro Gómez,L.J.: *Escuela acogedora.* Ponencia del XIX Congreso Español de Pediatría Social, Infancia y diversidad. Editado por la Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría. Sevilla 2009

Castro Gómez,L.J. y Gómez de Terreros,I.: *La psicomotricidad como disciplina de rehabilitación para aplicar en el medio escolar.* Libro de Actas X Congreso de las Reales Academias de Medicina de España. Sevilla, 2006.

Castro Gómez,L.J.: *Necesidades Educativas Especiales. Guía de recursos educativos para pediatras.* Informe SIAS IV, salud, infancia, adolescencia y sociedad. Editado por la Sociedad de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría. Sevilla, 2004.

Castro Gómez,L.J.: *Escolarización del alumnado con discapacidad motora.* Accésit a la Mejor Comunicación Científica en el IX Congreso Internacional de Salud Universitario por el trabajo *Escolarización del niño con discapacidad motora.* Alcorcón, 2002.

Castro Gómez,L.J.: *Adaptaciones necesarias para la atención en la escuela del niño con discapacidad motora.* En Atención Integral a la Infancia con Patología Crónica, editores I. Gómez de Terreros, F. García Rodríguez y M. Gómez de Terreros Guardiola, pág. 519-537, editorial Alhulia, S.L. Granada 2002.

Castro Gómez,L.J.: *Discapacidad y educación.* Revista Infancia y Discapacidad de la Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría. Madrid, 1997.

Castro Gómez,L.J.: *Estudio sobre el desarrollo psicomotor y el aprendizaje.* Tesis doctoral del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, 1996.

Castro Gómez,L.J.: *Estudio de la locomoción en 103 preescolares andaluces, relación con la organización perceptiva y con el rendimiento escolar.* Premio Toribio de Velasco al mejor trabajo de Investigación sobre salud mental infantil en Andalucía. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. Editado en las Memorias Académica de 1992.



XIII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Madrid, 18 al 24 de noviembre de 2024

Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA EN VIDEO O PÓSTER

TITULO: “Incidencia de diarrea aguda en menores de 5 años en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Bata (Guinea Ecuatorial) entre julio y diciembre de 2021”

1. Primo Miguel Nguere Esono Alene. Licenciado en Enfermería. Hospital Distrital de Añisok. Guinea Ecuatorial
2. Sergio José Rosso Naranjo. Graduado en Enfermería. Hospital Universitario de Móstoles. Prof. Asociado vinculado. Universidad Rey Juan Carlos. sergio.rosso@urjc.es
3. Consuelo Elisabeth Eyenga Eworo Coman. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial
4. Marisol Ayecaba Ndong Mangué. Licenciada en Enfermería. Supervisora UCI. Hospital Regional de Bata. Guinea Ecuatorial.
5. Generosa Mikue Abeso Avomo. Licenciada en Enfermería. Hospital Regional de Bata.

RESUMEN

Introducción

La **enfermedad diarreica aguda (EDA)** es la **disminución en la consistencia** de las **heces** y/o el **aumento de la frecuencia** de su evacuación^(1,2).

En algunos **países en vías de desarrollo** supone una **importante causa de morbimortalidad** entre **menores de 5 años**⁽²⁾. Según la Encuesta Demográfica y de Salud de Guinea Ecuatorial (2011)⁽³⁾, el **20% de los menores de 5 años tuvieron diarrea**, siendo los más afectados los de 1 a 2 años de vida

Objetivos

Determinar la incidencia de diarrea en niños menores de 5 años en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Bata entre julio y diciembre de 2021, identificando los aspectos sociodemográficos que más influyen y precisando los aspectos patológicos relacionados.

Material y método:

Estudio retrospectivo con metodología cuantitativa, de diseño descriptivo y corte transversal. De un universo de 794 menores de 5 años ingresados en el Hospital Regional de Bata entre julio y diciembre de 2021, aplicación como criterio de inclusión aquellos diagnosticados de diarrea aguda, obteniendo un tamaño muestral de 79 pacientes.

Diseño de una ficha de recogida de datos extraídos de la observación directa del libro de registro del Servicio de Pediatría, previo consentimiento informado verbal. Operacionalización de las variables edad, sexo, procedencia, diagnóstico y síntomas al ingreso; y análisis descriptivo de datos absolutos y relativos.



Resultados

Muestra conformada por 43 varones y 36 hembras que implica una incidencia del 9'95% del universo. El grupo etario más numeroso fue el de 1-5 años, un 44'30% del total, sin diferencias significativas entre sexos. En cuanto a su procedencia, únicamente un varón del grupo de 6 a 11 meses provenía de una zona rural, de manera que los otros 78 individuos residían en zonas urbanas.

Por otra parte, casi un 40% de los menores presentó fiebre al ingreso y en hasta otro 17'72% acompañada de debilidad, mientras que únicamente debilidad no alcanzaba el 14%. Distribución equitativa entre ambos sexos excepto entre los que presentaban fiebre como debilidad (11 varones : 4 hembras). Por último, en alrededor del 70% la diarrea se presentó concomitante con otras patologías, tendencia mantenida independientemente del sexo o edad, si bien hubo 10 menores de 5 meses diagnosticados únicamente de EDA frente a 7 que no.

Conclusiones

La incidencia de EDA en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Bata fue de aproximadamente el 10% en el período de julio a diciembre de 2021. Al analizar los aspectos sociodemográficos, el grupo de edad más vulnerable fue el comprendido entre 1 a 5 años, mientras que la incidencia en varones era discretamente superior que entre las hembras. Además, sólo un sujeto provenía de zonas rurales. En cuanto a los aspectos patológicos, el síntoma más identificado durante ingreso fue la fiebre; por otro lado, 7 de cada 10 menores padecieron EDA en el contexto de otra patología, probablemente de manera secundaria a infecciones gastrointestinales

Referencias

1. MedlinePlus. Información de salud para usted. Enciclopedia médica. Incidencia. Biblioteca Nacional de Medicina. 2021.
2. Yard Foster, Y et al. Factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años. Revista médico científica. México, marzo de 2021. Vol. 34. N.º 1:1-8.
3. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, Ministerio de Planificación, Desarrollo Económico e Inversiones Públicas, y ICF International. Encuesta Demográfica y de Salud de Guinea Ecuatorial de 2011: Informe Síntesis. Maryland, 2011.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 2023. UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos. Florencia, abril de 2023.