



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.



SALUD Y EDUCACIÓN

AUTORES:

Br. Ma. Bonilla, Florencia
Br. Cáceres, Carla
Br. Correa, Claudia
Br. Ma. Russo, Julia
Br. Sanchez, Wendy

TUTORES:

Lic. Barrenechea, Cristina
Lic. Monge, América

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2007

**“Todos debemos tener las mismas
posibilidades y derechos al crecer
cada uno de nosotros es
único y diferente”**

INDICE

Introducción _____	Pág. N° 5
Problema _____	Pág. N° 5
Justificación _____	Pág. N° 6
Objetivo General _____	Pág. N° 8
Objetivos Específicos _____	Pág. N° 8
Marco Conceptual _____	Pág. N° 9
Marco Referencial _____	Pág. N° 27
Diseño Metodológico _____	Pág. N° 32
Variables _____	Pág. N° 33
Resultados y Sistematización de los Datos Obtenidos _____	Pág. N° 37
Análisis _____	Pág. N° 55
Conclusiones _____	Pág. N° 58
Bibliografía _____	Pág. N° 60
Anexos _____	Pág. N° 61

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería, que con motivo de egresar de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República, realizamos éste trabajo de investigación denominado “Salud y Educación”.

Para esto decidimos conocer cuales eran las actividades de educación para la salud dirigidas a promover un estilo de vida saludable que realizan los educadores; los mismos pertenecen a dos escuelas especiales del Departamento de Maldonado, las escuelas que denominaremos “X”, “Especial para discapacitado” y la escuela “Y” para “Discapacitados Auditivos”.

Nuestra investigación fue realizada en el período lectivo del año 2006.

Al realizar nuestra propuesta de investigación en ambas escuelas, fuimos muy bien recibidas por las directoras y los educadores, que se demostraron muy interesados de ser partícipes de la misma habiendo obtenido resultados enriquecedores y aportando éstos, información muy interesante tratando de describir aspectos de la Educación para la Salud en el Ámbito de las escuelas especiales.

En este caso trabajamos con escuelas y educadores de niños discapacitados, pero teniendo en cuenta que todos los seres humanos sin distinción de raza, sexo o edad somos discapacitados en potencia y que durante el transcurso de nuestra vida profesional y social seguiremos estando en contacto y atendiendo discapacitados, creímos importante acudir a éstas escuelas y realizar nuestra investigación allí, como una forma de acercarnos y acercar a la Facultad a estas personas que trabajan día a día educando a los niños, apoyando a sus familias, para acercarlos a la vida social, de forma tal que puedan convivir como miembros de ella sin distinciones innecesarias.

PROBLEMA

¿Cuáles son las actividades de educación para la salud dirigidas a promover un estilo de vida saludable que realizan los educadores de las escuelas “X”, “Especial para discapacitado” y la escuela “Y” de “Discapacitados Auditivos” del Departamento de Maldonado en el período lectivo 2006?

JUSTIFICACIÓN

Creemos importante, que la enfermera que trabaja en el área comunitaria en un primer nivel de atención orientada al trabajo interdisciplinario e intersectorial debe jerarquizar a la población de educadores ya que éstos son los encargados junto con la familia de promover estilos de vida saludables. Luego de analizar los planes de estudio de la Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP), hemos observado que en el pasado los educadores han venido recibiendo una escasa formación en lo referido a educación para la salud. (Ver Anexos N° 1 y N° 2)

El maestro es uno de los agentes fundamentales de educación en salud en la escuela.

Mientras en la primera infancia toda la responsabilidad de la educación del niño recae en los padres, a partir de la entrada de aquel en la escuela, un nuevo personaje la comparte con ellos: el maestro y/o educadores.¹ A ellos les compete la parte más importante del programa de educación sanitaria en la escuela, que es la enseñanza de hábitos saludables. También les corresponde promover que las experiencias educativas derivadas del contacto del niño con un medio ambiente escolar sano y de la vida sana en la escuela sean lo más beneficiosas posibles. Por último deben promocionar la educación para la salud mediante las relaciones entre la escuela, la familia y la comunidad.

Los hábitos higiénicos de los educadores son de mucha importancia e influyen notablemente en la conducta de los alumnos en materia de salud (rol educador pasivo o ejemplar del maestro o educador). El niño es un imitador por naturaleza y observa constantemente a su maestro y educadores.

También es muy importante que los educadores promocionen la educación para la salud en la escuela.

La prevalencia de la discapacidad alcanza al 7.6% de la población total residente en hogares particulares urbanos.² En cifras absolutas la población con al menos una discapacidad se estima en 210.400 personas. Por este motivo creemos relevante abordar esta temática con educadores que trabajan con una población de niños con capacidades diferentes.

Las grandes áreas geográficas no acusan diferencias significativas en cuanto a la prevalencia (7.7% para Montevideo y 7.5% para el Interior Urbano).

El sexo y la edad marcan comportamientos diferenciales.

La prevalencia de la discapacidad en la población total de mujeres es superior a la de los varones: 8.2% contra 7%. Sin embargo al considerar la edad, la población masculina menor de 30 años presenta mayor incidencia de la discapacidad que la femenina de esas mismas edades, situación que se equilibra entre los 30 y 49 años para luego revertirse en las edades adultas mayores.

1. Ottawa 1986. OPS/OMS. M. C. Davo Blanes; M. T Ruiz Cantero

2. INE, año 2004

El porcentaje de niños y adolescentes con capacidades diferentes representan el 17.9%; siendo esta mayor en el Interior Urbano.

La mayoría de la población con discapacidad (66%) padece una sola discapacidad, en tanto el 34% presenta dos o más discapacidades. Este porcentaje se mantiene independientemente del sexo y del área geográfica considerada.

Respecto a la discapacidad declarada como principal, el mayor porcentaje (31.3%) refiere a las dificultades para caminar, ya sea el no caminar o el tener limitaciones para movilizarse. En orden de importancia le siguen la visión (ceguera o limitaciones para ver) y la audición (sordera o limitaciones para oír) que representan el 25% y el 13.6% respectivamente.

El sexo marca algunas diferencias importantes en algunas discapacidades. Las limitaciones mentales que dificultan el aprendizaje se presentan con mayor peso entre los varones.

- En cuanto al origen de la discapacidad declarada por las personas como principal, más de la mitad (51.2%) considera que la misma se origina en una enfermedad y el 20.8% la considera de nacimiento. El 17.5% atribuye su origen al envejecimiento y un 9.4% como secuelas de accidentes.
- La mayoría de las mujeres (54.2%) atribuyen su discapacidad a una enfermedad y casi la quinta parte al envejecimiento. En los varones estos porcentajes son menores: 47.2% declara que su discapacidad se origina en una enfermedad y la cuarta parte la considera de nacimiento. También los accidentes son causa de mayor discapacidad entre los varones.
- En relación a la cobertura de las necesidades de asistencia o ayuda que las personas con discapacidad demandan para desarrollar algunas actividades funcionales del diario vivir, el desplazarse fuera del hogar concentra el mayor porcentaje (40%)

Respecto a las otras actividades investigadas el 20% de la población con discapacidad requiere ayuda de otra persona tanto para cuidarse a sí misma como para integrarse al aprendizaje. Estas categorías no son mutuamente excluyentes por lo cual una misma persona puede necesitar ayuda para realizar una o más actividades funcionales.

Para nosotras, profesionales de la salud a punto de egresar de la Facultad de Enfermería como Licenciadas en Enfermería, nos queda la sensación de que durante toda la carrera no se trata el tema de la discapacidad como se debería, hemos asistido a discapacitados varias veces y en muchos casos fueron niños, pero nunca recibimos directamente instrucción sobre la discapacidad y sus implicancias, fuera ésta congénita o adquirida.

Objetivo General:

- Conocer las actividades en relación a Educación para la Salud vinculadas a un estilo de vida saludable que realizan los educadores en el ámbito de escuelas especiales.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a la población de educadores que trabajan en escuelas especiales.
- Conocer la temática con la que trabajan los educadores sobre educación para la salud en relación a estilos de vida saludables.
- Conocer la metodología que utilizan los educadores para abordar los temas de educación para la salud para un estilo de vida saludable.

MARCO CONCEPTUAL

EDUCACION

“Proceso mediante el cual una persona desarrolla su capacidad física e intelectual, haciéndose apta para enfrentar positivamente un medio social determinado y para integrarse en él, con la aportación de su personalidad formada”³

EDUCACION ESPECIAL

“Es la destinada a personas discapacitadas física o psíquicamente”⁴

ESCUELA

“Es el establecimiento público donde se da a los niños instrucción primaria, o donde se imparte cualquier otro género de instrucción o enseñanza”⁵

EDUCADOR

“Individuo cuya misión es la de dirigir, desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales del niño o del joven, a desarrollar las fuerzas físicas por medio del ejercicio, a perfeccionar los sentidos y a enseñar las normas de cortesía”⁶

MAESTRA/O

“Persona que enseña un arte, una ciencia, o un oficio, especialmente la que imparte el primer ciclo de enseñanza, o tiene título para hacerlo”. (Maestro/a de escuela, de música)⁷

3. Diccionario Enciclopédico NOVUS.

4. ídem

5. ídem

6. ídem

7. ídem

Educación para la Salud

En el contenido de Educación para la salud desarrollaremos:

- Ámbitos de Educación para la salud.

En el momento actual, la educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas en la que se debe sustentar el cambio en los sistemas sanitarios para poder alcanzar la salud para todos. No existe programa o proyecto sanitario dirigido a la población, donde la educación para la salud no tenga su espacio.

La educación para la salud es, aún hoy, una de las parcelas en las que menos recursos se invierten a todos los niveles del sistema, desde la distribución del tiempo y de los profesionales hasta la asignación presupuestaria en la Administración central o autonómica. Esta situación puede estar provocada por la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; por la escasa formación que han recibido los profesionales, lo que les lleva a no intervenir o a hacerlo inadecuadamente.

Ámbitos de Educación para la Salud.

“El nuevo paradigma de salud y la crisis por la que hoy atraviesan los sistemas sanitarios, unido al valor social que en estos momentos representa la autonomía, sea ésta individual o colectiva, hacen que la educación para la salud, sea un elemento central tanto en el ámbito sanitario como en el educativo.

La promoción de la salud exige un esfuerzo colectivo, una implicación directa de todos los ciudadanos. Modificar las condiciones del medio para hacerlo más favorable a la salud, promover estilos de vida saludables, mejorar las condiciones personales, tanto biológicas como psicológicas y reorientar los servicios sanitarios hacia una atención integral, constituyen las grandes finalidades y las grandes áreas de trabajo de la promoción de salud.

Para que estas necesidades puedan ser cubiertas, es necesario actuar a tres niveles:

- *Nivel institucional.* Sensibilizando a las instancias gubernamentales y administrativas para que adopten políticas saludables en las distintas esferas de la actividad pública: trabajo, economía, industria, comunicación social, urbanismo, medio ambiente, cultura, etc.
- *Nivel ambiental.* En este nivel la intervención debe ir dirigida a crear entornos favorables a la salud. Para ello es imprescindible reforzar la acción comunitaria, para que la población tome parte activa en la construcción y defensa de su medio; potenciando valores, modelos y estilos de vida positivos para la salud; y estimular aquellas ofertas que constituyen opciones saludables.
- *Nivel personal.* Se trata de lograr que cada persona individualmente sea capaz de ir adoptando un estilo de vida cada vez más saludable y desarrollar la capacidad de autocuidarse. Para ello hay que dotar a las personas de los recursos conceptuales e instrumentales que les permitan conocer sus necesidades de salud, saber qué hacer para darles respuesta, capacitarlos para que puedan hacerlo y motivarlos para que lo hagan”⁸

8. Educación para la Salud. W.H, Green; B.G, Simona.

“La educación para la salud deberá facilitar experiencias de aprendizaje en cada uno de estos ámbitos, que engloben los tres componentes implícitos en el

proceso de enseñanza aprendizaje: el componente cognoscitivo, el referido a la actitud o afectivo y el psicomotor.

Para que la población asuma un papel protagonista en el cuidado de la salud necesita no sólo disponer de unos elementos cognoscitivos, sino que este conocimiento tiene que venir acompañado de un conjunto de actitudes, valores y capacidades de carácter general que actúen como soporte de la formación en salud. La capacidad para valorar los problemas de salud, mantener una postura crítica y constructiva ante ellos, asociarse y organizarse para buscar soluciones, conlleva un conjunto de adquisiciones básicas que trascienden el área específica de la educación para la salud.

Educación para la participación y la solidaridad, favorecer la autoestima y la autodeterminación, desarrollar el pensamiento crítico, potenciar las habilidades de comunicación, favorecer conductas asertivas, son elementos imprescindibles para la educación para la salud, que deben ser adquiridos a lo largo de todo el proceso de socialización y desarrollo.

La familia, la escuela y el propio ambiente son los ámbitos privilegiados para insertar la educación para la salud en el proceso formativo global. Se reconoce de este modo a la educación para la salud su carácter de necesidad formativa básica, en lugar de considerarla como un complemento o añadido del proceso educativo.

La familia a pesar de los profundos cambios que se han operado en los últimos tiempos en la estructura y dinámica familiar, sigue siendo el núcleo primario de socialización y cuidados; se proyectan valores y pautas de comportamiento relacionados, entre uno de los principales agentes de educación para la salud. En cuanto a la salud escolar, existe un amplio movimiento mundial para introducir la educación para la salud en los programas escolares. Junto con la familia y la escuela hay un tercer ámbito que está adquiriendo cada día más importancia como elemento educador, nos referimos al medio ambiente, y de manera muy especial a los medios de comunicación social”⁹

Educación para la salud en la Escuela

OBJETIVOS Y CONTENIDOS

“Los objetivos de la educación para la salud, hacen eco de las grandes líneas de acción en promoción de salud en tres grandes finalidades:

- 1) Contribuir a capacitar a las personas para que puedan cuidar de su salud y de la de los demás, facilitándoles las herramientas conceptuales y metodológicas necesarias para ello.
- 2) Promover en los escolares el interés por su salud y la adopción de estilos de vida saludables, facilitándoles un conocimiento crítico del entorno y el desarrollo de habilidades personales que le permitan una toma de decisión lo más libre y responsable posible y una interacción positiva con su medio.
- 3) Fomentar en el alumnado la necesidad de participar de forma individual y colectiva en la transformación del entorno natural y social, en pro de la salud, a través de un proceso de toma de conciencia de la importancia de la influencia que estos factores tienen en el nivel de salud de la población y de las posibilidades de intervenir sobre ellos.

Para conseguir estos objetivos es necesario que la escuela ofrezca un marco conceptual adecuado, una estrategia metodológica acorde con los objetivos y un entorno escolar que refuerce los contenidos curriculares”¹⁰

Los conocimientos que la escuela debe facilitar al alumno en todo su recorrido formativo pueden agruparse en tres grandes núcleos temáticos:

Conocimiento de sí mismo.

“Este bloque incluye tanto la dimensión biológica como los aspectos psicosociales.

El hombre, para poder cuidar de sí mismo de forma consciente y racional, necesita conocer la estructura y el funcionamiento de su cuerpo, los mecanismos fisiológicos y psicológicos que le permiten respirar, crecer, sentir, pensar, expresarse, trabajar, etc. El auto conocimiento y la auto comprensión son pasos obligados en la formación para el autocuidado”¹¹

10. Educación para la Salud. W.H, Green; B.G, Simona.

11. ídem

Conocimiento del proceso salud-enfermedad.

“El conocimiento biológico y psicológico, en sí mismo, no es suficiente para fundamentar el cuidado de la salud. Junto a estos conocimientos se necesita comprender los mecanismos que hacen que una persona goce de mayor nivel de salud que otra, enferme de manera distinta, muera de causa diferente, etc. Se trata, en definitiva, de comprender cuáles son los factores que condicionan la salud y los mecanismos de producción de la enfermedad. Sólo así, se podrán entender las medidas y estrategias de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud”¹²

Conocimiento sobre los mecanismos y recursos para fomentar, mantener y recuperar la salud.

“Tanto el conocimiento de sí mismo como del proceso salud-enfermedad son elementos imprescindibles para una acción informada en el área de la salud, pero para que la persona pueda influir en la dinámica salud-enfermedad, además de ser capaz de comprender y explicar los fenómenos relacionados con ella, necesita disponer de información sobre los mecanismos y/o recursos que pueden utilizarse para contribuir a elevar el nivel de bienestar y salud individual y colectiva y las medidas preventivas y terapéuticas que deben adoptarse para combatir la enfermedad.

En la escuela, por el carácter general que debe tener la formación que ofrece, se debe abordar tan sólo el aprendizaje de aquellos cuidados relacionados con temas básicos de salud, comunes a toda la población, como alimentación, actividad y ejercicio físico, ocio y tiempo libre, sexualidad, aseo personal, salud mental, prevención de accidentes, primeros auxilios, etc.”¹³

IMPORTANCIA Y FINALIDAD

“La escuela, junto con la familia y el medio, son los ámbitos educativos por excelencia. En ella el niño va asimilando los elementos fundamentales de su civilización, interiorizando valores y comportamientos, adquiriendo conocimientos y destrezas”

“Es este proceso continuo de formación/socialización, la salud debe ocupar un lugar importante. La salud como elemento esencial para el bienestar y el desarrollo humano no puede quedar al margen de la dinámica formativa global.

En la escuela se prepara para la vida, la salud tiene que estar inmersa en todo su planteamiento curricular. Los valores, los conocimientos, los recursos e instrumentos metodológicos que la escuela ofrece para ayudar al niño a situarse de forma positiva en su realidad, tienen que posibilitar al futuro adulto el cuidado y mantenimiento de su salud y la implicación informada en los procesos de transformación de los factores que la condicionan.

El niño debe aprender a cuidar de su salud y de la de su entorno, a la vez que aprende a relacionarse con los demás, a interactuar con su medio, a manejar los símbolos de su cultura, a conocerse a sí mismo y a desarrollar sus capacidades. La salud no es algo al margen de cada una de estas adquisiciones, sino que debe ser uno de sus contenidos básicos.

12. Educación para la Salud. W.H, Green; B.G, Simona.

13. ídem

Cuando la escuela educa en el respeto a las diferencias, en la tolerancia a la frustración, en la mejora de la autoestima, en la valoración de la naturaleza, en la utilización adecuada del tiempo libre, en la sensibilidad ante los problemas sociales, en la participación, etc., implícitamente está educando en salud.

No obstante, junto a esta preparación implícita, la escuela tiene que ofrecer una formación específica en el área de salud, que ayude a la persona a comprender el proceso de salud-enfermedad y sus determinantes y a capacitarle para intervenir, individual y colectivamente en el fomento, mantenimiento y recuperación de la salud y en la prevención de la enfermedad”¹⁴

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

Características fundamentales que debe reunir el currículum de educación para la salud en la escuela:

Orientación hacia la promoción de la salud.

“En todos los elementos curriculares, enfatizando tanto la dimensión individual como colectiva de ésta. Los principios y estrategias de promoción de salud deben guiar cada paso del diseño curricular. Deben estar presentes en la evaluación de necesidades educativas, en la formulación de los objetivos, en la selección de las actividades y experiencias de aprendizaje, etc. Así mismo, debe formar parte del ethos de la escuela, para que ésta se convierta en una escuela promotora de salud, y pueda ejercer su influencia educadora más allá del currículo formal.

Planteamiento educativo integral.

Centrado tanto en la adquisición de conocimientos y habilidades para el fomento y el cuidado de la salud, como en la formación de valores, actitudes, hábitos y estilos de vida saludable. La formación en salud exige un desarrollo armónico de las dimensiones cognitiva, socio afectiva y senso motora para que, como señala la definición de educación para la salud, el individuo sepa cuidar de su salud, quiera y disponga de los recursos y habilidades personales para que pueda hacerlo.

Estructura espiral.

Que haga que los conceptos e ideas básicas se vayan repitiendo a diferentes niveles de complejidad durante todo el proceso educativo, adaptándose a los ritmos y a las características evolutivas de los niños, logrando con ello una asimilación progresiva y unos resultados estables.

Enfoque metodológico para el aprendizaje activo y significativo.

Éste debe permitir al alumno integrar en su estructura cognitiva y en su universo de valores todos los nuevos elementos relacionados con la salud, que la escuela y su entorno le van a ir ofreciendo a lo largo de su proceso formativo.

Currículum contextualizado.

Abierto a las necesidades y problemas de salud del entorno donde se va a desarrollar el proceso de enseñanza- aprendizaje. El currículum de educación para la salud debe conjugar las necesidades educativas de carácter normativo, comunes a todos los escolares, con las características culturales y socio sanitarias específicas de cada grupo y zona”¹⁵

Técnicas Educativas

“La metodología constituye el conjunto de criterios y decisiones que se han de tomar sobre el rol asignado a los distintos elementos que intervienen en la acción didáctica (el alumno, el profesor, los medios, las actividades, la organización temporo espacial, etc.) para facilitar con ello el aprendizaje. Se considera que la metodología es uno de los aspectos que mayor incidencia tiene en la formación del alumno y que mejor define el estilo educativo de un centro. A través de ella se introducen valores, pautas de comportamiento, actitudes, sistemas de relación entre las personas, etc., que escapan, en muchos casos, a la intencionalidad educativa. La forma en que se lidera la estrategia metodológica y se gestionan los recursos didácticos determina en gran medida el grado de coherencia entre el currículum formal y el currículum oculto.

Desde esta perspectiva, la metodología es mucho más que el camino a seguir, es una forma de hacer que acaba influyendo en la forma de ser.

A continuación se presentan algunas de las estrategias que se sugieren para desarrollar estos principios metodológicos generales en el área de la educación para la salud en los centros docentes.

Éstas son:

Investigación del medio.

A través de la exploración de su entorno el alumno puede identificar los hábitos y costumbres de su comunidad relacionados con la salud y sus determinantes, reconocer los mitos y las preconcepciones más comunes, detectar los principales problemas de salud de su zona, etc., reflexionar sobre cada uno de estos elementos e implicarse, a su nivel, en la búsqueda de alternativas de mejora y en la solución de los problemas detectados.

Cooperación y trabajo en equipo.

Se trata de plantear proyectos de trabajo sobre determinados aspectos de salud, donde los alumnos sean los protagonistas de la acción.

Empleo de la simulación.

Como forma de experimentar o adentrarse en una determinada situación, empleando procedimientos como la dramatización o el supuesto práctico.

15. Educación para la Salud. W.H, Green; B.G, Simona.

Utilización de los medios audiovisuales.

Constituyen recursos para aprender a codificar y decodificar los mensajes que sobre aspectos relacionados con la salud invaden cotidianamente el espacio comunicativo del alumno.

Uso de técnicas de grupo.

Su empleo tiene múltiples aplicaciones, desde la investigación de las ideas previas del alumno y la exploración de sus actitudes ante algún tema de salud, hasta el empleo de la discusión en grupo como método de clarificación y depuración de ideas, pasando por el entrenamiento de habilidades sociales.

Uso de modelos atractivos de salud.

Modelos que le sirvan de referencia. Pueden encontrarse dentro del propio medio escolar o fuera de él. Este aprendizaje vicario posee una gran importancia en los temas de salud, dado que hasta ahora las medidas de protección y cuidado de la salud se han presentado como algo negativo, aburrido, poco gratificante. Rescatar los estilos de vida saludable de un determinado líder de la juventud es clave para desmontar esta falsa asociación. Las medidas y conductas saludables tienen que ser presentadas como algo gratificante y placentero, con sentido en sí mismo.¹⁶

El Niño en el Período Escolar

“El niño de 6 y 10 años enfrenta una de las etapas más exigentes de su desarrollo personal, la cual será determinante para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Por primera vez en su vida deberá desenvolverse en un ambiente formal que le exigirá un desempeño objetivo en campos hasta ahora no explorados por él.

Para cumplir con éxito este desafío, el escolar deberá echar mano a las fortalezas acumuladas en las etapas anteriores de su desarrollo. Se podría decir que es el momento en que se resume la historia previa y el niño se vuelca hacia el descubrimiento y conquista de un mundo más amplio, atrayente, competitivo y agresivo.

Simultáneamente el niño continuará con mayor fuerza el proceso de separación de sus padres, logrando así el grado necesario de autonomía para incursionar en otro medio social, donde sus compañeros comienzan a constituirse en referentes significativos. De esta manera los padres dejan de ser los únicos modelos, apareciendo otros adultos en este rol, como profesores, etc.

En la medida que el niño va enfrentando con éxito estos desafíos, irá logrando un mayor grado de autoestima o valoración de sí mismo”¹⁷

16. Educación para la Salud. W.H, Green; B.G, Simona.

17. “La supervisión de salud del niño y del adolescente”. UNICEF 2000

Crecimiento y desarrollo físico.

Durante la edad escolar la velocidad de crecimiento llega a su punto más lento antes de comenzar con el estirón puberal. El niño crece a razón de 5 a 6 cm en promedio y aumento alrededor de 3 kilos en un año. El perímetro craneano sólo crece 2 a 3 cm en todo el período

El sistema músculo esquelético presenta una curva de velocidad de crecimiento similar a la talla, siendo ésta su etapa más lenta. El sistema nervioso se está, completando entre los 6 y 7 años la mielinización y con ella su crecimiento. El sistema genital sigue en un estado de latencia, prácticamente sin mayor desarrollo.

El sistema linfático es el único que está en plena actividad, mostrando un gran crecimiento de sus órganos, como las amígdalas y los nódulos linfáticos.

La pérdida de la dentadura temporal es uno de los signos característicos de esta etapa, la que es seguida por la erupción de los primeros molares definitivos”¹⁸

Desarrollo cognitivo

“El pensamiento mágico y egocéntrico del preescolar es reemplazado en esta etapa por otro más racional, donde el niño es capaz de observar el mundo que lo rodea desde una perspectiva más objetiva, lo que significa una fuente inagotable de conocimientos. Es capaz de separar las fantasías de lo real, elaborar un pensamiento lógico y aplicar reglas basadas en conclusiones de fenómenos observables.

La escuela demanda una gran exigencia cognitiva; la capacidad de concentración y de comprensión se convierten en funciones claves para responder con éxito a las nuevas demandas educativas.

Después de los primeros dos o tres años de escuela, los niños comienzan a desarrollar juegos de estrategia, basados en reglas claras, aprovechando sus nuevos dominios intelectuales.

Para los padres y los supervisores de salud, es importante observar como el niño va logrando las pequeñas metas que significan su inserción y progreso escolar. En estos logros se están poniendo en juego múltiples funciones y destrezas físicas, mentales, emocionales y sociales, y un deterioro del rendimiento escolar puede ser un síntoma de un problema a diagnosticar”¹⁹

Desarrollo social y emocional

“El desarrollo social y emocional se da en tres contextos, los que en orden de importancia son el hogar, la escuela y el barrio. La relación con los padres sigue siendo la base para enfrentar los desafíos de una socialización cada vez más exigente. Sin embargo, la escuela representa el escenario de mayor exigencia social, donde el niño debe demostrar y demostrarse que es capaz de hacer amigos, ser aceptado y querido por sus pares, cumplir con las expectativas que sus padres y profesores tienen puestas en él, sabiendo levantarse frente a los pequeños tropiezos.

18. “La supervisión de salud del niño y del adolescente”. UNICEF 2000

19. ídem

Otros adultos surgen como nuevos modelos de conducta para el niño: profesores, deportistas, etc.

Los amigos poco a poco adquieren mayor importancia, hasta convertirse en su principal referente social, ocupando gran parte de su tiempo libre y de energías con ellos”²⁰

Rol de los padres

“Esta es una etapa en que el niño gana autonomía en la relación con sus padres y al mismo tiempo necesita fuertemente su respaldo incondicional, pues éstos le dan seguridad para enfrentar exitosamente los nuevos desafíos. Por consiguiente, es necesario que los padres vayan permitiendo espacios de mayor autonomía, donde los niños progresivamente ejerzan su libertad, pero sobre la base de una relación cercana e interesada en los progresos, dificultades y fracasos del niño”²¹

La supervisión de salud

“El profesional debe considerar que el escolar debe cumplir un rol activo durante la atención, pues es capaz de relatar lo que siente, sus preocupaciones y dudas. Es fundamental que el profesional vaya permitiendo y estimulando la adquisición de este rol cada vez más protagónico del niño en el cuidado de su salud”²²

Adolescencia

“La adolescencia constituye la etapa biopsicosocial del desarrollo humano comprendida entre los 10 y 19 años. Se divide en tres etapas:

- Adolescencia inicial: 10 a 12 años.
- Adolescencia media: 12 a 14 años.
- Adolescencia tardía: 15 a 19 años.

Los problemas de salud más frecuentes que enfrentan los adolescentes hoy (adicciones, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, traumatismos y violencia) están relacionados con conductas de riesgo: actividad sexual precoz, consumo de sustancias, actividades accidento lógicas, etc. Esto determina que la morbimortalidad actual de los adolescentes, en contraste con lo que ocurría en décadas anteriores, sea potencialmente prevenible. Las conductas de riesgo se inician y aumentan dramáticamente durante la adolescencia”²³

Desarrollo Biológico.

“Esta etapa se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el aumento de la velocidad de crecimiento”²⁴

20. “La supervisión de salud del niño y del adolescente”. UNICEF 2000

21. ídem

22. ídem.

23. ídem

24. ídem

Desarrollo Cognitivo.

“En ésta época surge progresivamente la forma del pensar que Piaget llamó pensamiento formal. Este tipo de pensamiento, esencialmente hipotético- educativo, se libera de la realidad concreta inmediata y se adentra en el terreno de lo abstracto y de las operaciones simbólicas. Este desarrollo cognitivo permite al adolescente la adopción de una actitud crítica frente a la realidad, por medio de las capacidades de pensar en términos de posibilidades, razonar a partir de principios conocidos, sopesar múltiples puntos de vista según criterios variables, pensar acerca del proceso del pensamiento y considerar implicancias futuras de las acciones actuales. En la adolescencia inicial el pensar oscila entre el razonamiento concreto y la incipiente forma del pensar abstracto.

Al finalizar la adolescencia media tiende a consolidarse el pensamiento operatorio formal. La posibilidad de razonar sobre su propia persona y sobre los demás, lleva al adolescente a ser muy crítico de sus padres y de la sociedad en general. No acepta ya la norma hasta conocer el principio que la rige. Es capaz de formular un proyecto de vida. A pesar de ello, el adolescente, a diferencia del adulto, tiende a sobrestimar sus propias capacidades (sentimiento de omnipotencia e invulnerabilidad). Es altamente subjetivo, lo que le dificulta diferenciar sus ideas acerca de la realidad, de la realidad misma (tendencia al egocentrismo). Por ello sus conclusiones surgen apresuradamente y en ocasiones son erróneas”²⁵

Desarrollo Afectivo.

“En la adolescencia inicial la personalidad pierde integración: el control de la propia conducta es inadecuado, hay tendencia al comportamiento impulsivo y los estados emocionales varían frecuentemente.

Todo ello se traduce en un comportamiento ruidoso. Hay tendencia a la obstinación y la rebeldía frente a figuras de autoridad y es común la caída del rendimiento escolar y un aumento en la frecuencia de repetición de cursos.

Frente a los padres se da una ambivalencia afectiva: afecto y rechazo se intercambian, lo mismo que un deseo de independencia que oscila frente a una exigencia de mayor protección y satisfacción de deseos.

El interés en el sexo opuesto empieza a aparecer en la adolescencia inicial. Los primeros enamoramientos fugaces, son de carácter narcisista, buscando o bien un reflejo de sí mismo, o bien una proyección idealizada del cómo se quisiera ser. Los ídolos juveniles, sean cantantes, figuras públicas o maestros, tienen una característica de lejanía, idealización y cualidad de amor imposible. La sexualidad en esta etapa es activamente sublimada, sea en proezas deportivas o en una activa vida social. Tal sublimación es reforzada positivamente por organizaciones que se preocupan por la juventud: boy scouts, grupos deportivos o de iglesia, etc. En esta etapa es frecuente que ocurra actividad masturbatoria, tanto en varones como en mujeres.

25. “La supervisión de salud del niño y del adolescente”. UNICEF 2000

En la adolescencia media la personalidad comienza a integrarse alrededor de un nuevo eje sobre la base de las experiencias de cada adolescente. El adolescente busca una

identidad propia que lo distinga de las demás personas. Es característico del adolescente de 12 a 14 años:

- Tender al aislamiento.
- Buscar amistades íntimas.
- Tender a la extravagancia en el comportamiento o en la apariencia física.
- Preocuparse por la religión, el sentido del mundo y de sí mismo.
- Pérdida de la objetividad y tendencia a la hipersensibilidad: todo lo refiere a su persona, cree que sus sentimientos son únicos y que nadie podrá comprenderlos”

En el plano sexual, se observa una progresiva inclinación hacia amistades del otro sexo. Tiende a producirse lo que se llama una dicotomía amor- sexo: el objeto sexual y el amoroso son difícilmente uno solo. Se elabora la identidad psicosexual y aparecen los primeros comportamientos sexuales de pareja. En ésta etapa son frecuentes las dudas homosexuales”²⁶

Desarrollo Psicosocial e impacto familiar.

“El grupo de pares adquiere mayor importancia para el adolescente, le otorga respaldo, en él ejercita destrezas, aprende nuevos comportamientos y se forma una imagen de su propio valor personal.

En cuanto a la familia, la relación con los progenitores se distancia, y comienza la reorientación desde la familia hacia los grupos de amigos. Este cambio del centro de gravedad es muchas veces mal tolerado por los progenitores, produciendo un grado de tensión en la familia que típicamente se exagera en la adolescencia media.

Durante la adolescencia media hay una búsqueda de intimidad y comprensión. Son frecuentes las amistades íntimas para hablar de sí mismo. En general, esta amistad la tienen con una persona de su mismo sexo y aparece como un reflejo de su persona. Se da una idealización de las amistades íntimas.

El adolescente oscila entre la rebelión y el conformismo. El adolescente busca activamente juicios, opiniones y valores propios, sin aceptar ya automáticamente, los de sus padres. Los errores y contradicciones de los padres son magnificados por los adolescentes en su intento de facilitar el proceso de desapego”²⁷

Impacto psicosocial de los cambios biológicos.

“Los cambios biológicos presentan gran variabilidad respecto de la edad de aparición tanto según sexo como a nivel individual, lo que está determinado por factores genéticos y ambientales. Esta variabilidad es con frecuencia fuente de ansiedad para los niños cuyo desarrollo puberal es más tardío o más lento.

En esta etapa se exagera el pudor, lo que está en relación con los cambios corporales y con el desarrollo de una identidad propia.

26. “La supervisión de salud del niño y del adolescente”. UNICEF 2000

27. ídem

Los cambios de la apariencia corporal hace que los adultos tengan una actitud diferente hacia el adolescente de acuerdo a su desarrollo puberal. Por ejemplo, el varón que manifiesta un desarrollo precoz de sus caracteres sexuales y físicos tiende a

ser tratado como un hombre adulto lo que le reporta algunos beneficios y responsabilidades. Sucede lo contrario con aquellos varones que tienen un desarrollo más tardío, quienes tienden a ser tratados como niños por más tiempo. Se ha demostrado que este grupo de varones de desarrollo más tardío tiene más riesgo psicosocial al ser rechazados y aislados por sus pares, lo que determina una baja autoestima. En cambio, las mujeres maduradoras precoces tienen mayor riesgo psicosocial por una mayor presión social al inicio de relaciones de pareja”²⁸

Discapacidad

“El término "discapacidad" fue aceptado por la Real Academia Española de la Lengua hace diez años y aparece en el diccionario de la lengua española de ésta. Otros términos quizás más comunes como, por ejemplo, "incapacidad" "minusválido", e "inválido" pueden dar a entender que las personas con discapacidades son personas "sin habilidad", de "menor valor", o "sin valor". En comparación, discapacidad quiere decir una falta de habilidad en algún ramo específico. El uso del término reconoce que todos los individuos con discapacidades tienen mucho que contribuir a nuestra sociedad”²⁹

DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

“Es definida como una entidad que se caracteriza por la presencia de:

- Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual
- Limitaciones significativas en la conducta adaptativa.
- Una edad de aparición anterior a los 18 años.

Pero, como ya se ha dicho, intrínsecamente unida a esta definición se establece el marco global en el que la persona con discapacidad se encuentra ubicada, es decir, el objetivo no se limita a definir o diagnosticar la discapacidad intelectual sino a progresar en su clasificación y descripción, con el fin de identificar las capacidades y debilidades, los puntos fuertes y débiles de la persona en una serie de áreas o dimensiones que abarcan aspectos diferentes, tanto de la persona como del ambiente en que se encuentra.

28. “La supervisión de salud del niño y del adolescente”. UNICEF 2000.

29. Pediatría del Comportamiento y del desarrollo. S. Parker; B. Zuckerman

Estas dimensiones o áreas son las siguientes:

1. Las capacidades más estrictamente intelectuales.
2. La conducta adaptativa, tanto en el campo intelectual como en el ámbito social, o en las habilidades de la vida diaria.
3. La participación, las interacciones con los demás y los papeles sociales que la persona desempeña.
4. La salud en su más amplia expresión; física y mental.
5. El contexto ambiental y cultural en el que la persona se encuentra incluida.

Es preciso insistir en que la definición y análisis de estas cinco dimensiones tienen como objetivo fundamental establecer y concretar los apoyos que han de favorecer el funcionamiento de cada individuo, como persona concreta ubicada en un entorno concreto y dotada de sus problemas y de sus cualidades”³⁰

La aplicación práctica de la definición aquí propuesta parte de las siguientes premisas que nos sirven para establecer, desde el principio, el marco ideológico de nuestra posición ante la discapacidad intelectual:

1. Las limitaciones en el funcionamiento real deben ser consideradas teniendo en cuenta el contexto del ambiente comunitario normal en que se mueven los compañeros de igual edad y cultura.
2. Para que una evaluación sea válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. En un mismo individuo coexisten a menudo las limitaciones y las capacidades.
4. Al describir las limitaciones, el objetivo más importante debe ser el desarrollo del perfil de los apoyos necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un período de tiempo suficientemente prolongado, el funcionamiento de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará.

A la vista de este enfoque, tan realista y positivo, es evidente que, desde la evaluación que tiene en cuenta las cinco dimensiones señaladas, se pretende buscar los apoyos más adecuados para conseguir el máximo funcionamiento individual³¹

30. Pediatría del Comportamiento y del desarrollo. S. Parker; B. Zuckerman

31. ídem

DISCAPACIDAD MOTRIZ

“Las personas que tienen este tipo de discapacidades pueden ser semi ambulatorias (caminan ayudadas por elementos complementarios) o no ambulatorias (sólo pueden desplazarse con sillas de ruedas). Por lo tanto, las sillas de ruedas, los bastones y las muletas son elementos imprescindibles para quienes los usan, siempre deben estar a su alcance. Se deben evitar los movimientos bruscos y conducir firmemente cuando se dirige a una persona en silla de ruedas. Además, hay que procurar ubicarse de manera tal que haya una comunicación visual sin esfuerzo durante las conversaciones en el desplazamiento”³²

DISCAPACIDAD AUDITIVA

“Es una denominación genérica indicativa de una incapacidad, cuya gravedad puede variar de leve a profunda, y que incluye los subconjuntos de sordos y de duros de oído. Se llama *sordo* a la persona cuyo déficit auditivo le impide el procesamiento satisfactorio de la información lingüística a través de la audición, con o sin la ayuda de dispositivos para oír. Los *duros de oído* son las personas que con ayuda de dispositivos tienen una audición residual suficiente para poder procesar la información lingüística a través de la audición. Otros términos como sordomudo, mudo o sordo y mudo son inaceptables. Las personas con déficit auditivos no son mudas y, si lo fueran, el defecto específico del habla es siempre debido a su incapacidad de oír.

Los defectos auditivos se pueden clasificar en función de la etiología, la patología o la gravedad sintomática. Cada uno tiene importancia en cuanto al tratamiento, posible prevención y rehabilitación.

Etiología.

La pérdida de audición puede clasificarse de 5 maneras.

- Por la edad de comienzo.
- El tipo (dependiendo de la parte del sistema auditivo que este afectado: Conducción, neurosensorial, mixta o central)
- El grado (de leve a profunda).
- La configuración (la pérdida de decibeles a diferentes frecuencias).
- Según el estado auditivo de los padres.

La pérdida de audición se puede deber a varias afecciones prenatales y postnatales, que incluyen una historia familiar de déficit auditivo infantil, malformaciones anatómicas de la cabeza o el cuello, peso bajo al nacer, asfixia perinatal grave, infección perinatal (citomegalovirus, rubéola, herpes, sífilis, toxoplasmosis y meningitis bacteriana), infección crónica de los oídos, parálisis cerebral, síndrome de Down o administración de fármacos ototóxicos.

Además, los neonatos de alto riesgo, supervivientes a enfermedades fatales prenatales o perinatales, pueden sufrir pérdida auditiva debido a ellas o a su tratamiento.

32. Pediatría del Comportamiento y del desarrollo. S. Parker; B. Zuckerman

Los trastornos auditivos se clasifican según la localización del defecto. *El déficit de conducción* o del *oído medio* resulta de la interferencia de la transmisión del sonido al oído medio. Es el tipo más común de déficit auditivo y el resultado más frecuente

de la otitis media recurrente; afecta principalmente a la percepción del volumen del sonido.

El déficit auditivo neurosensorial, también llamado sordera nerviosa o de percepción, supone la lesión de las estructuras del oído interno, del nervio auditivo o de ambos. Las causas más comunes son los defectos congénitos de las estructuras internas o las consecuencias de trastornos adquiridos. El déficit auditivo neurosensorial da lugar a distorsiones del sonido y a problemas de discriminación. Aunque los afectados oyen algo de lo que ocurre a su alrededor, perciben los sonidos distorsionados, lo que afecta gravemente a su capacidad de discriminación y de comprensión.³³

El déficit auditivo mixto de conducción-neurosensorial resulta de la interferencia de la transmisión del sonido en el oído medio y a lo largo de las vías nerviosas. Suele ser el resultado de la otitis media recurrente y sus complicaciones.

La impercepción auditiva central incluye todas las pérdidas auditivas no causadas por defectos de las estructuras conductoras o neurosensoriales. Por lo general, se dividen en pérdidas orgánicas o funcionales. En las primeras, el defecto afecta a la recepción de los estímulos auditivos a lo largo de las vías centrales y a la expresión del mensaje en una comunicación con sentido. Son ejemplos de ella la afasia, incapacidad de expresar ideas de forma escrita o verbal; la agnosia, incapacidad de interpretar el sonido correctamente, y la disacusia, dificultad para procesar detalles o distinguir entre sonidos.

En el tipo funcional, no hay lesión orgánica que explique el déficit auditivo central. Algunos ejemplos de déficit auditivo funcional son los encontrados en la histeria de conversión (por aislamiento inconsciente de la audición, para bloquear el recuerdo de un hecho traumático), en el autismo infantil y en la esquizofrenia de la niñez.

Gravedad de los síntomas.

“El déficit auditivo se expresa en términos de decibelios (db); se mide a distintas frecuencias, como 500, 1.000 y 2.000 ciclos por segundo, el margen crítico para oír el habla. El déficit auditivo se puede clasificar, según el nivel de umbral auditivo (la medida del umbral de un individuo por medio de un audiómetro) y según el grado de los síntomas en lo que afecta el habla. Estas clasificaciones ofrecen sólo pautas generales relativas al efecto del déficit en un niño determinado, ya que existen grandes diferencias de capacidad para utilizar la audición residual.

33. *Pediatría del Comportamiento y del desarrollo*. S. Parker; B. Zuckerman

Resultados de la pérdida de la Audición.

El error de no identificar la pérdida auditiva tempranamente y de no proporcionar una intervención precoz afectará el desarrollo del lenguaje con independencia del efecto de la pérdida auditiva en sí misma.

Las pérdidas ligeras o pérdidas conductivas intermitentes pueden afectar adversamente el desarrollo perceptual, cognitivo, y psicológico, del lenguaje.

Impactos sobre la relación padre/ hijos:

- a) Cuidados hipercontroladores: Muchas interacciones con sus hijos son más un intento de controlar que de conversar. Utilizan más cambios rápidos de temas de conversación, más monólogos y menos diálogos que los padres que quieren conversar en vez de controlar. Tales interacciones pueden impedir aun más el desarrollo del lenguaje.
- b) Interacciones menos sensitivas: Puede ser que la sordera cree barreras emocionales, además de comunicativas, por lo que siempre va a requerir ayuda profesional.

Impacto en los niños: La capacidad de lectura de un adolescente sordo medio está aproximada a la altura de cuarto grado. El 30% de los que terminan el bachillerato son incapaces de continuar su educación o conseguir un empleo. Muchos pueden mostrar inmadurez emocional, autonomía disminuida, impulsividad y falta de conocimientos sociales. Sin embargo con una intervención y cuidados óptimos los jóvenes sordos pueden y alcanzan los niveles adecuados con un cambio de conducta normal. Como promedio, los hijos sordos de padres sordos consiguen niveles más elevados y se adaptan mejor con sus compañeros sordos hijos de padres que oyen. Sus padres sordos los aceptan mejor y tienden a utilizar un sistema de lenguaje que es perceptivamente disponible”³⁴

DISCAPACIDAD VISUAL

“En términos generales, se entiende por déficit visual la pérdida de visión que no se puede corregir con unas lentes normales.

Entre las definiciones más útiles para clasificar esta disfunción se encuentran las dos siguientes:

Visión Escolar.

También llamada visión parcial, que supone una agudeza visual entre 20/70 y 20/200; el niño afectado debe ser capaz de asistir sin problemas a la escuela y de emplear material impreso de tamaño normal; la visión de cerca es casi siempre mejor que la de lejos.

Ceguera Legal.

Que implica una agudeza visual de 20/200 o menos y/o un campo visual de 20 grados o menos en el ojo mejor; esta última clasificación sólo es útil como definición legal, no como diagnóstico médico. Se emplea para la aplicación de determinadas exenciones fiscales, para el ingreso en escuelas especiales y como criterio selectivo para conseguir ayuda y otras ventajas.

34. Pediatría del Comportamiento y del desarrollo. S. Parker; B. Zuckerman

Etiología

El déficit visual se puede deber a varios *trastornos genéticos y prenatales o postnatales*, entre los que se encuentran las infecciones peri natales (herpes, clamidia, gonococos, rubéola, sífilis o toxoplasmosis), la retinopatía de la prematuridad, los traumatismos, las infecciones postnatales (meningitis) y otros trastornos, como la enfermedad de células falciformes, la artritis reumatoide juvenil, entre otras. En muchos casos, como en los errores de la refracción, se desconoce la etiología del defecto.

Los *errores de refracción* constituyen el tipo de trastorno visual más común en los niños. El término refracción significa desviación y se refiere a la que experimentan los rayos luminosos al atravesar el cristalino del ojo. Normalmente, dichos rayos entran en el cristalino y llegan directamente a la retina. Sin embargo, en los trastornos refractivos quedan delante de la retina (miopía) o detrás de ella (hiperopía). Otros problemas oculares, como el estrabismo, pueden incluir errores refractivos o no, pero son muy importantes debido a que, si no se tratan, producen ceguera por ambliopía.

Los traumatismos son una causa común de ceguera en los niños. Las lesiones del globo ocular y sus anexos (estructuras de soporte o accesorias, como los párpados, la conjuntiva y las glándulas lacrimales) se pueden clasificar como penetrantes o no penetrantes. Las heridas penetrantes a menudo son producidas por instrumentos afilados; por objetos a propulsión, o por una contusión fuerte con un objeto obtuso. Las lesiones no penetrantes resultan casi siempre de objetos extraños en los ojos; de laceraciones; de golpes con un objeto obtuso, o de quemaduras químicas o térmicas.

Las infecciones de los anexos y estructuras del globo ocular son bastante frecuentes en los niños. La más común es la conjuntivitis”³⁵

35. Enfermería Pediátrica, Donna L. Wong.

36.

MARCO REFERENCIAL

Reseña de las Escuelas

Escuela “Y” de “Discapacitados Auditivos”³⁶

El seis de setiembre del año 1973 por convenio del club de leones de la ciudad de Maldonado y ANEP se inaugura la escuela de Discapacitados Auditivos en el local del Club de Leones.

El diecinueve de junio del 1976 obtiene un local propio ubicado en las calles Sarandi y Ledesma de dicha ciudad.

En el año 1982 se instala en el actual predio ubicado en la calle 17 metros integrando el complejo escolar formado por la escuela común N° 82, el centro infantil perteneciente a la escuela mencionada anteriormente, la escuela “X” de discapacitados intelectuales y el jardín de infantes N° 92.

Recién en el año 2001 se crea una clase para niños de baja visión y ciegos que depende de esta escuela.

En sus comienzos la metodología del sordo utilizada por los docentes fue totalmente oralista, basada en la técnica oral, técnicas específicas de este lenguaje como son: la lectura labial, la articulación, adiestramiento auditivo y el uso de la clave fisheral para la articulación del lenguaje.

Progresivamente se implanto el bilingüismo y a partir del año 2001 se comienza con el intérprete de señas, donde se pudo sistematizar el lenguaje de señas. En el año 2002 se realiza un relevamiento a nivel comunitario donde se pudo constatar que el nivel de niños sordos (con hipoacusia) que concurrían a la escuela era mas o menos el mismo al que había.

La escuela consta con el nivel inicial (3 y 4 años), preparatoria 1 y 2 y de 1° a 6° año. La preparatoria es una especie de adaptación al cambio de nivel inicial y primaria, les enseñan las letras, abecedario, escribir su nombre entre otras, de esta manera el alumno entra más preparado a 1er año.

En el momento hay 33 niños matriculados, 14 de ellos son varones y 19 son niñas.

De los mismos son 23 con discapacidad auditiva y 10 de ellos con discapacidad visual.

Pueden ingresar a la escuela a partir de los 2 años de edad hasta 14 años.

La escuela consta con 3 maestros (1 ortofonista, 1 intérprete de señas por la IMM, y 1 maestro de taller).

A partir de este año la intérprete de señas va solo 3 veces a la semana.

Las actividades realizadas en la escuela son variadas. Piscina, teatro, Computación, clases de sexualidad, higiene bucal, y nutrición brindadas por la IMM.

36. Información obtenida de la entrevista realizada a la Mtra. Directora de la Escuela.

Escuela “X”, “Especial para discapacitado”³⁷

Esta ubicada en la calle San Martín sin número perteneciente al Barrio Reserva del Este de la ciudad de Maldonado.

Fue la primera Escuela Especial del Departamento fundada en 1963.

Ocupa el actual edificio desde 1969 inserto en un complejo educativo integrado por una Escuela de Fonoaudiología, una escuela de educación común, un jardín de Infantes y un centro de informática.

Esta escuela brinda además de atención académica curricular, educación Física la que incluye gimnasia y natación, educación musical y educación en informática, cuenta con talleres pre- ocupacionales de economía doméstica, costura y tejido y actividades agrarias.

Desde 1999 cuenta con un centro de recursos pedagógico que realiza un programa de detección, atención y prevención de las dificultades de aprendizaje de niños de las escuelas comunes.

Amplias aulas con baño propio, un amplio salón multiuso, cocina, ducheros, sala de informática, clínica odontológica y un centro de impresión y publicación de material didáctico completan las instalaciones de la Escuela. Posee un amplio parque arbolado, con césped, churrasquera y juegos infantiles totalmente cercado, lo que lo convierte en un espacio seguro que permite el desarrollo de actividades físicas, sociales y recreativas.

La forma de ingreso a la institución es mediante una evaluación del nivel intelectual la cual puede ser realizada en el Centro de recursos de la institución en el servicio medico del Banco de Previsión Social, en el Ministerio de Salud Pública, en el Departamento de diagnóstico del CODICEN (Consejo Directivo Central), en el Servicio técnico del INAU (Instituto del niño y el adolescente del Uruguay) o en algún servicio privado.

El gabinete psicopedagógico de la institución cuenta con una batería completa de tests para evaluación diagnóstica del nivel intelectual, tests proyectivos de personalidad, pruebas estandarizadas para evaluaciones pedagógicas y dificultades específicas del aprendizaje.

Las etapas del diagnóstico son las siguientes: en primer lugar entrevista con los padres, donde se recaban datos personales, orígenes, antecedentes neuropsiquiátricos, nivel social y visión que tienen los padres de su propio hijo. Luego se realiza la evaluación pedagógica con una primera instancia de acercamiento afectivo que asegure la aplicación exitosa de la prueba y una instancia de aplicación de la o las pruebas seleccionadas. Estas comprenden grandes áreas, perceptivo motriz, funciones intelectuales, desarrollo cognitivo, lenguaje.

37. Datos obtenidos de un video cassette con información de la escuela brindado por la Mtra. Directora de la Escuela.

Luego se realiza la derivación a la psicóloga, de los niños derivados de las diferentes escuelas de la zona, con el fin de determinar cuales sería conveniente que ingresaran a una escuela especial, cuales sería conveniente que recibieran apoyo

escolar paralelo y al mismo tiempo orientar a los maestros y a los padres de quienes si bien no ingresan al programa de educación especial merecen de una atención diferencial por motivos de salud, emocionales, etc.

Cabe señalar que en la evaluación diagnóstica o psicodiagnóstico se pueden distinguir varias etapas, en primer término la entrevista con los padres, a la cual por lo general concurre uno de ellos y casi invariablemente lo hace la madre. En este primer contacto con ella se pretende registrar todos aquellos datos que clarifiquen la situación familiar y social en la que se mueve el niño, se indaga sobre el motivo de consulta, además de llenar una ficha con los datos filiatorios del niño. En segundo lugar se sitúa la entrevista con el niño en la cual por medio de juegos (entrevista de juego) y una conversación lo más distendida posible se intenta establecer un vínculo positivo con él tendiente a preparar el campo de trabajo el cual es fundamental contar con la disposición del niño.

En esta se presta especial atención a la forma de desenvolverse en la misma, a la motricidad fina y gruesa, a su expresión escrita y oral, al lenguaje que emplea, a su tono de voz y a todo aquello que de una manera u otra sea un reflejo de la personalidad del niño y que de una u otra forma sirva para orientar en la selección de las técnicas a utilizar con él.

Posteriormente se elaborará un informe el cual será entregado a quienes corresponda, generalmente uno de los progenitores y al maestro. Hay un último paso perteneciente a la devolución que oficia como cierre de todo el proceso y en la que básicamente se transfiere de forma oral lo que se ha escrito en el informe, de tal manera que no queden dudas haciendo especial énfasis en las recomendaciones que se consideren pertinentes para el caso en particular sea su ingreso a la escuela o no.

Junto con la maestra y a partir del informe se evalúa si es necesario derivar a otros técnicos, Neuropediatra, Psiquiatra infantil, Fonaudióloga, Psicomotricista. Por último se inicia la atención en la institución a los niños que habiéndose considerado inadecuado el ingreso a la escuela, necesitan si de abordaje pedagógico personalizado para funcionar positivamente en el sistema común.

Son en su mayoría niños con inteligencias límites muy lentos y que difícilmente alcanzan un pensamiento abstracto y simbólico. Estas características de funcionamiento justifican aprendizajes graduales, secuenciales, reiterativos, dirigidos al fortalecimiento de la memoria, la atención, la percepción, la estructuración temporo- facial y demás funciones intelectuales básicas. Solo ingresan a la escuela niños con un cociente intelectual inferior a 67 pero no inferior a 40. Se caracterizan como débiles mentales, no pueden construir su personalidad integrando su sistema de valores propios en una buena estructuración lógica de sus conocimientos. Su existencia está como acotada en su perspectiva de previsión y de apertura al mundo y se mueven en un círculo restringido de intereses.

Es incapaz de generalizar y abstraer. El débil mental sólo sabe repetir lo que aproximadamente ha aprendido, no generaliza, no transfiere, puede fijar numerosas técnicas intelectuales pero no puede operar en el plano de las representaciones, sólo realiza por tanto ciertas operaciones en situaciones prácticas.

Pero en un retraso mental, más que un cociente intelectual bajo, pesan más sus incapacidades adaptativas para afrontar las exigencias de la vida diaria y cumplir las

normas de autonomía personal, esperables de alguien situado en su mismo grupo de edad, origen social y cultural y ubicación comunitaria particular.

A esta escuela asisten un 30% de niños portadores de síndromes como ser el de Down, de Brader Willy, de West de William, parálíticos cerebrales, lesionados cerebrales, el resto lo constituyen retardos mentales que están dentro de la categoría de débiles mentales.

A través del tiempo los orígenes, sociales, económicos y culturales han hecho variar la población atendida, centrándose hoy el mayor porcentaje como provenientes de medios totalmente desfavorecidos.

Las características ya mencionadas justifican la organización en clases académicas y talleres, con grupos reducidos que no deberían ser de más de 12 o 13 niños a pesar de que en la actualidad las clases tienen más alumnos de lo considerado ideal debido a la gran demanda de ingresos.

La organización curricular prioriza además de la adquisición de instrumentos intelectuales básicos y del desarrollo de destrezas y habilidades esenciales para una posible futura inserción laboral, la adquisición de hábitos de comportamiento personal y social.

Diversas son las instancias utilizadas para tal fin, servicio de comedor, prácticas de higiene personal, del local escolar, festejo mensual de cumpleaños, celebración del día del niño, participación en eventos concursos y muestras en forma conjunta con otras instituciones.

Los alumnos tiene dificultades de aprendizaje pero no de todas las formas de adquisición, la mayoría de ellos logran automatizar algunos instrumentos intelectuales, lectura y comprensión de textos simples, manejo del código escrito para la comunicación primaria en esquelas y notas breves.

Rudimento de cálculos especialmente suma y resta, manejo del dinero, la hora sucesión numérica limitada.

Llegar a este nivel de adquisiciones, supone un largo y dificultoso camino que requiere de las mas variadas estrategias, el uso permanente de materiales y abordaje totalmente personalizado. La figura del maestro debe ser reforzante y contenedora.

Las escuelas especiales responden en general a un mismo organigrama curricular basado en la distribución de los contenidos programáticos.

En lo que se refiere a las actividades de educación física se puede decir que contribuyen a un desenvolvimiento más armonioso del niño, fortalecen el sentido de grupo y disciplina la conducta, permiten al niño al niño la oportunidad de estrechar vínculos con sus pares al tiempo que se esfuerza por despegar sus actitudes dentro de determinadas reglas.

La docente encargada de educación musical, coordina su labor con el equipo docente de la institución, la música es uno de los más eficaces medios de comunicación. Su lenguaje no tiene límites no fronteras lo que hace posible que todos lo puedan practicar.

Los alumnos asisten a los talleres a partir de los 12 años de edad, previo a esto ellos han desarrollado durante las diferentes clases a través de toda su escolaridad una serie de habilidades y destrezas que le aseguran en parte un comportamiento más fluido.

Cada actividad responde a una serie de pasos con un orden determinado que los alumnos han de aprender. El cometido final de los talleres es la inserción laboral de los alumnos. En el taller de economía doméstica además del aprendizaje de la elaboración de productos se propone desarrollar normas de higiene alimentaria y la realización de las diversas tareas del hogar.

En el taller de actividades agrarias y de jardinería se cuenta con un programa en el cual se establecen una serie de actividades pautadas que facilitan el trabajo del docente.

Este taller ha fomentado la realización de huertas familiares.

En el taller de belleza se introduce al alumno en las actividades básicas de manicuría y peluquería, se fomenta la higiene y el arreglo personal.

En el taller de costura, tejido y manualidades, se desarrollan destrezas en el arreglo de vestimentas, como dobladillos, pegado de botones, etc. también confección de prendas sencillas, tejido de bufandas, gorros, bordados simples y manualidades sencillas.

El funcionamiento exitoso de esta institución demanda la capacitación permanente del cuerpo docente y búsqueda de recursos y estrategias que permitan mejorar los logros académicos, con las últimas investigaciones y experiencias en el área, así como ampliar la información de las diferentes patologías y tratamientos para brindar un servicio permanente de asesoramiento a padres y familiares de los niños y por otro lado demanda la labor de la comisión fomento y la donación de instituciones públicas y privadas.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

TIPO DE DISEÑO Y ESTUDIO

El tipo de diseño será cuantitativo, de tipo transversal, ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

POBLACIÓN

La población corresponde a 25 educadores, de los cuales 16 son educadores de la escuela “X” Especial para discapacitado y 9 corresponden a educadores de la escuela “Y” de “Discapacitados Auditivos” del Departamento de Maldonado.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio será Descriptivo, ya que se limita a señalar lo que se observa sin realizar ningún otro tipo de análisis.

METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo en los meses de Noviembre y Diciembre del año 2006.

Se inicia la investigación realizando visitas a las Escuelas “X”, “Especial para discapacitado” e “Y” de “Discapacitados Auditivos”, explicando en que consistía nuestra investigación y cual era el fin de la misma, luego de obtenida la autorización correspondientes de las Directoras de las mencionadas escuelas, se procedió a la entrega del protocolo de investigación con varias copias para que los educadores también se informaran sobre la investigación en la que iban a participar. Posteriormente se acordaron fecha y hora en la que se iban a realizar las entrevistas con lo educadores, con el fin de no interferir con la labor de los mismos.

Finalmente se realizaron los cuestionarios elaborados anteriormente, siendo los mismos la base para la recolección de los datos que luego utilizaríamos en la investigación. (Ver Anexo N° 3)

Se realizan las entrevistas con las autoridades del Consejo de Educación Primaria para poder revelar en nuestra investigación, los nombres de las escuelas involucradas, no recibiendo a tiempo la autorización necesaria por lo cual las escuelas fueron identificadas con las letras “X” e “Y”.

VARIABLES

1) Edad de los educadores

Definición conceptual: periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.

Definición operativa: años cumplidos (cuantitativa discreta)

Categorías:

- 25- 34
- 35- 44
- 45- 64.
- ≥ 65

2) Edad de los Alumnos con los cuales trabajan los educadores

Definición conceptual: periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.

Definición operativa: años cumplidos (cuantitativa discreta)

Categorías:

- 6- 9
- 10- 12
- 13- 14
- ≥ 15

3) Sexo de los educadores

Definición conceptual: condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Definición operativa: Características sexuales primarias y secundarias de los Educadores (cualitativa nominal)

Categorías: Femenino. Masculino

4) Educador

Definición conceptual: Individuo cuya misión es la de dirigir, desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales del niño o del joven, a desarrollar las fuerzas físicas por medio del ejercicio, a perfeccionar los sentidos y a enseñar las normas de cortesía.

Definición operativa: (cualitativa nominal) individuos que enseñan educación para la salud para un estilo de vida saludable.

Categorías: Maestro, profesores de educación física, otros (profesores de los diferentes talleres).

5) Especialización en educación de personas con capacidades diferentes.

Definición conceptual: Persona que está preparada (posee formación) en educación de personas que presentan falta de habilidad en algún ramo específico.

Definición operativa: (cualitativa nominal) educadores con formación en educación de personas con capacidades diferentes.

Categorías:

- Especializado (egresado del CEP)
- Especializado (en otras instituciones)
- Sin especialización

CEP: Consejo de Enseñanza Primaria

6) Percepción del educador en relación a tener conocimientos sobre Educación para la salud.

Definición conceptual: Averiguar la naturaleza, cualidades, entender, saber, de lo que para el educador es educación para la salud.

Definición operativa: (cualitativa nominal) percepción en educación para la salud que poseen los educadores.

Categorías:

- Si
- No

7) Percepción de los educadores en relación a su formación en Educación para la salud.

Definición conceptual: persona que posee educación o adiestramiento en educación para la salud.

Definición operativa: (cualitativa nominal) es la respuesta que dan los educadores en relación a poseer formación en educación para la salud.

Categorías:

- Posee formación
- No posee formación

8) Inclusión de Educación para la salud en el programa curricular y en las actividades que realizan los educadores con los alumnos.

Definición Conceptual: Contemplación que se propone, para conocer los diferentes temas de educación para la salud contenidos en las diferentes asignaturas que imparten.

Definición Operativa: (cualitativa nominal) Contenido de educación para la salud que poseen las asignaturas que imparten los educadores para promover un estilo de vida saludable.

Categorías:

- Presente en el programa.
- No presente en el programa.

9) Realización de Actividades de Educación para la Salud por parte de los educadores.

Definición Conceptual: Actividad de los educadores, para desarrollar y dirigir real y efectivamente educación para la salud.

Definición Operacional: (cualitativa nominal) actividades que realizan los educadores sobre educación para la salud para un estilo de vida saludable.

Categorías:

- Realiza.
- No realiza

10) Modalidad para abordar los temas

Definición conceptual: Modo de impartir y manifestar los temas con los que se va a educar.

Definición operativa: (cualitativa nominal) técnicas con los que el educador imparte educación para la salud.

Categorías:

- Medios auditivos.
- Medios visuales.
- Juegos didácticos
- Exposición
- Demostración.

11) Frecuencia de las actividades

Definición conceptual: Numero de veces que se repite un suceso (actividades).

Definición operativa:(cualitativa discreta) cantidad de veces que se imparten las diferentes actividades.

Categorías:

- A diario
- Semanalmente.
- Dos veces por semana.
- Cada quince días.
- Mensualmente.

12) Temas que aborda en relación a promover un estilo de vida saludable.

Definición conceptual: Conjunto de ideas fijas o variables que se imparten con el fin de educar.

Definición operativa: (cualitativa nominal) temas que imparten los educadores con el fin de promover un estilo de vida saludable.

Categorías:

- Lavado de manos
- Higiene Personal.
- Cepillado dental.
- Hábitos alimentarios.
- Prevención de Enfermedades.
- Otros.

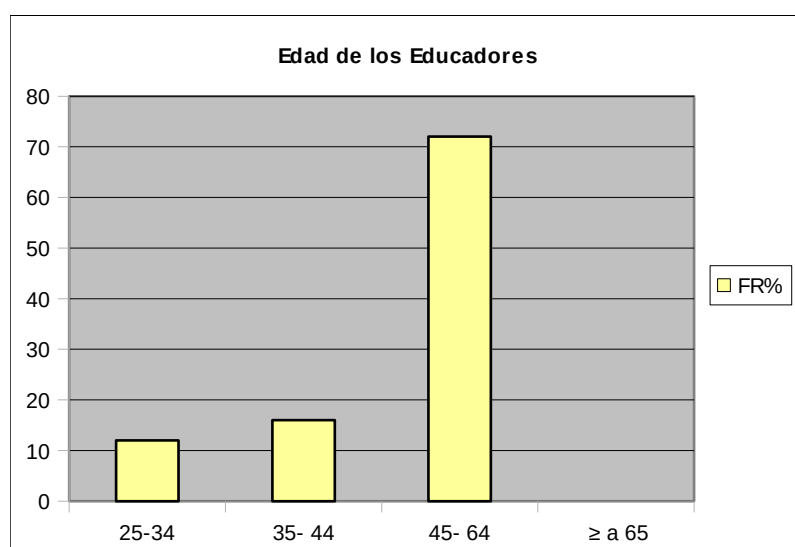
RESULTADOS Y SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

Tabla N° 1. Distribución según edad de los educadores

EDAD	FA(años)	FR%
25-34	3	12
35- 44	4	16
45- 64	18	72
≥ a 65	0	0
TOTAL	25	100

Fuente: Encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfica N° 1. Distribución según edad de los educadores.



Fuente: Encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Respecto a la **edad**, la tabla y gráfico N° 1 muestra que de un total de 25 educadores entrevistados, 18 poseen entre 45 y 64 años, lo que representa un 72% de la población total, el resto se divide entre 4 educadores con edades comprendidas entre 35 y 44 años lo que representa un 16% y los 3 restantes tienen entre 25 y 34 años que equivalen a un 12% de la población.

Tabla N° 2. Distribución de los alumnos según el rango de edad.

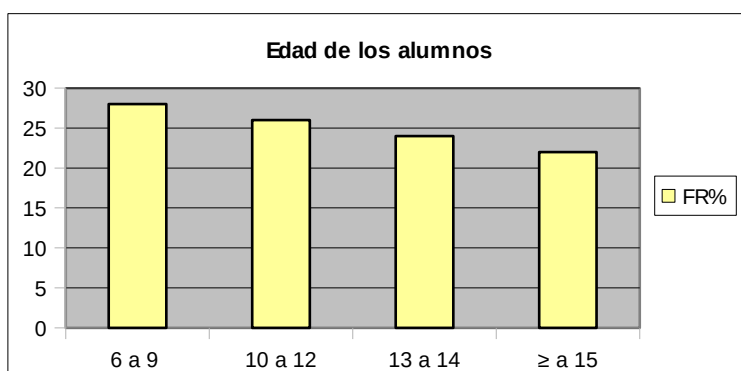
EDAD(de los alumnos)	FA(años)	FR%
6 a 9	15	28

10 a 12	14	26
13 a 14	13	24
≥ a 15	12	22
TOTAL	54*	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

* En este caso la frecuencia absoluta es de 54 ya que un mismo educador trabaja con mas de un grupo etario de alumnos (este es el caso de los profesores de taller por ejemplo)

Gráfico N° 2. Distribución de los alumnos según el rango de edad.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

En cuanto **al rango de edades de los alumnos con los cuales trabajan los educadores**, la tabla y gráfico N° 2 muestra claramente que algunos educadores trabajan con más de un grupo etario de alumnos; con edades entre 6 y 9 años trabajan 15 educadores lo que representa el 60%, seguido de los niños con edades entre 10 y 12 años, con los cuales trabajan 14 educadores, y corresponde a un 56%. Con la población adolescente trabajan 13 educadores con los que poseen entre 13 y 14 años lo que se traduce en un 53%, con el grupo de adolescentes cuya edad es mayor o igual a 15 años trabajan 12 educadores lo que representa un 48%.

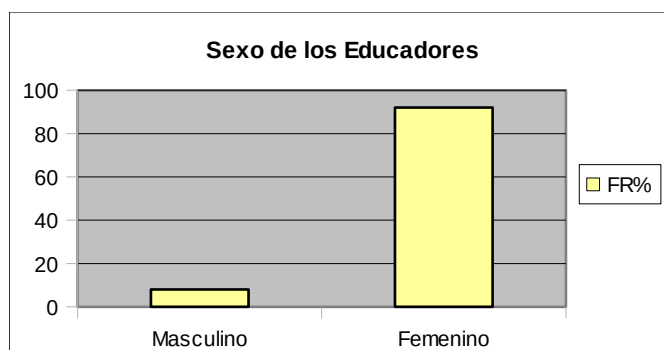
Tabla N° 3. Distribución según el sexo de los Educadores

SEXO	FA	FR%
Masculino	2	8

Femenino	23	92
TOTAL	25	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfico N° 3. Distribución según el sexo de los Educadores



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Respecto **al sexo de los educadores**, en la tabla y gráfico N° 3 se observa que de 25 educadores 23 son de sexo femenino representando en 92% y 2 son de sexo masculino lo que representa un 8% de la población.

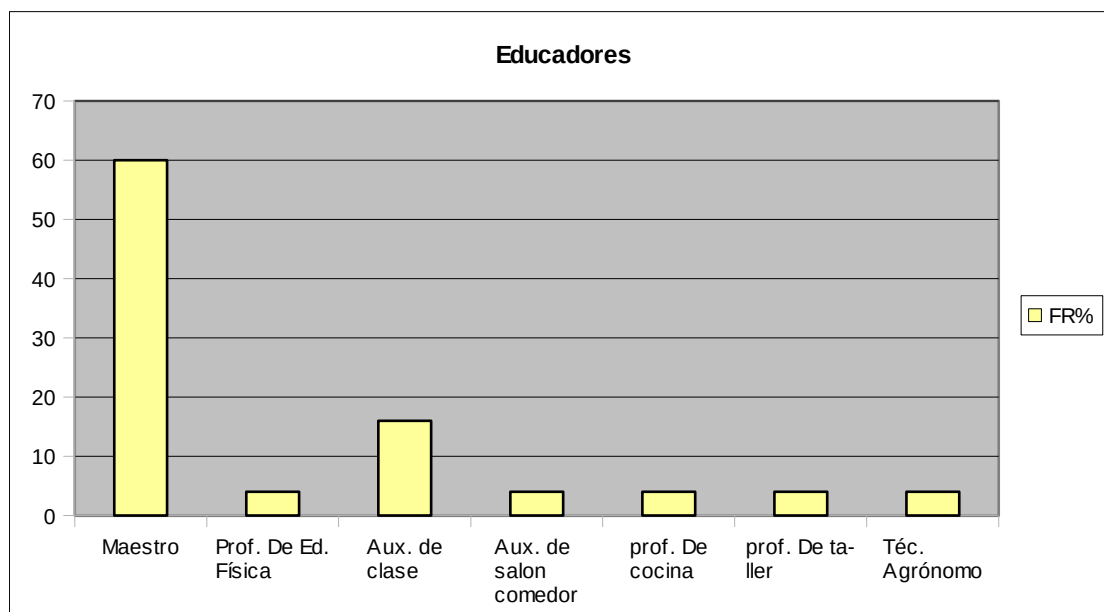
Tabla N° 4. Distribución según la profesión de los educadores.

EDUCADOR	FA	FR%
Maestro	15	60

Prof. de Educación Física	1	4
Aux. de clase	4	16
Aux. de salón comedor	1	4
Prof. de cocina	1	4
Prof. de taller	1	4
Técnico Agrónomo	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfica N° 4. Distribución según la profesión de los educadores.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

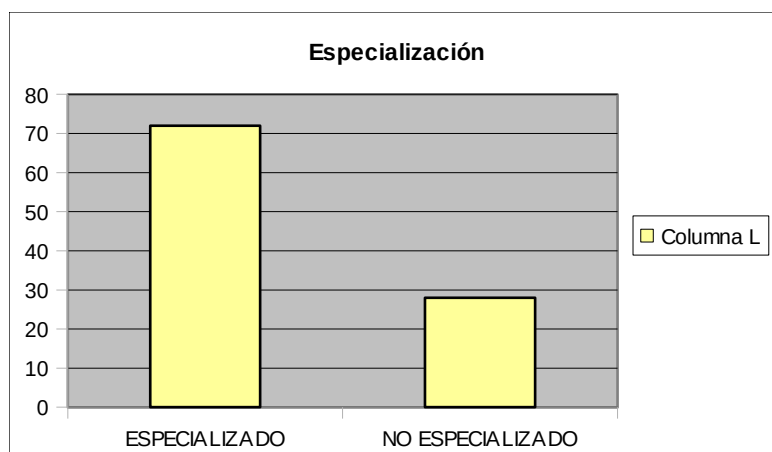
Refiriéndonos ahora al **educador**, en la tabla y gráfico N° 4 se aprecia que de 25 educadores, 15 son egresados de Magisterio correspondiendo esto a un 60%, uno es Profesor de Ed. Física, que corresponde a un 4%, dos son profesores de taller lo que corresponde a un 8%, un profesor de cocina, un Técnico Agrónomo y un auxiliar de salón, lo que corresponde a un 4% cada uno, y 4 auxiliares de clase que corresponde a un 16% de la población total.

Tabla N° 5. Distribución según la especialización de los educadores en niños o personas con capacidades diferentes

ESPECIALIZACIÓN EN PERSONAS CON CAP. DIFERENTES	FA	FR%
ESPECIALIZADO	18	72
NO ESPECIALIZADO	7	28
TOTAL	25	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfica N° 5. Distribución según la especialización de los educadores en niños o personas con capacidades diferentes



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

En cuanto a la **especialización en personas con capacidades diferentes**, en la tabla y gráfico N° 5 observamos que de la población total de educadores, 18 de ellos son especializados en personas con capacidades diferentes correspondiendo esto a un 72% y 7 no poseen especialización (28%).

Del 72% que poseen especialización 15 (83%) educadores son especializados del CEP y 3 (17%) son especializados, habiendo realizado cursos en otras instituciones (Intendencia Mpal. de Maldonado, Pivel Devoto Montevideo, LSU).

Frente a la pregunta de si se **continuaban especializando** 23 educadores (92%) contestaron que si y sólo 2 (8%) manifestaron que no.

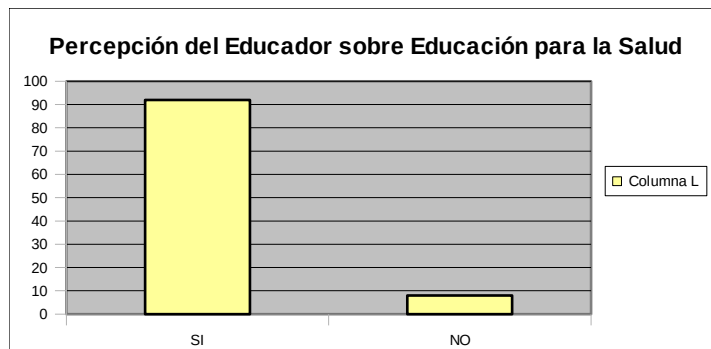
Tabla N° 6. Distribución según la percepción del educador sobre educación para la Salud.

Percepción de los Educadores	FA	FR%
-------------------------------------	-----------	------------

sobre Educación para la Salud		
SI	23	92
NO	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfico N° 6. Distribución según la percepción del educador sobre educación para la Salud.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Respecto a la **percepción del educador sobre educación para la salud**, en la tabla y gráfico N° 6 se aprecia que 23 educadores (92%) afirman poseer conocimiento sobre lo que es educación para la salud, mientras que un 8% afirma no poseerlo.

A continuación se detallan las respuestas dadas por los educadores frente a la pregunta de que es para ellos educación para la salud las cuales son representadas en la tabla y gráfico N° 6.1

R1) Importancia de informar en cuanto a prevención y cuidados de la salud individual y colectiva para obtener una mejor calidad de vida.

- R2)** Acciones para promover una mejor calidad de vida.
- R3)** La promoción de la salud debe ser impartida desde la escuela con la participación de los servicios sanitarios desarrollando en conjunto programas adecuados.
- R4)** Contempla una educación integral brindándole información y herramientas a los niños para el cuidado de su salud física y mental.
- R5)** Conducir al cuidado preventivo para una vida saludable.
- R6)** Elevar la calidad de vida mejorando la higiene, prevención de enfermedades, riesgos, etc.
- R7)** Educar con carácter preventivo.
- R8)** Educar para prevenir enfermedades y tener una mejor calidad de vida.
- R9)** Informar sobre prácticas y comportamientos saludables. Por. ej: alimentación. Higiene personal y del hábitat, prevención de enfermedades, educación sexual, etc.
- R10)** Informar sobre cuidados y prevención de enfermedades.
- R11)** Educar para prevenir y no para curar.
- R12)** Brindar información sobre hábitos saludables previniendo particularmente el exceso de peso.
- R13)** Dar información sobre hábitos de higiene, alimentación, forma de vestir, consumo de sustancias nocivas para la salud, necesidad de hacer deportes, dormir y descansar lo suficiente, reforzando todo esto para mantenerse saludable y tener una mejor calidad de vida.

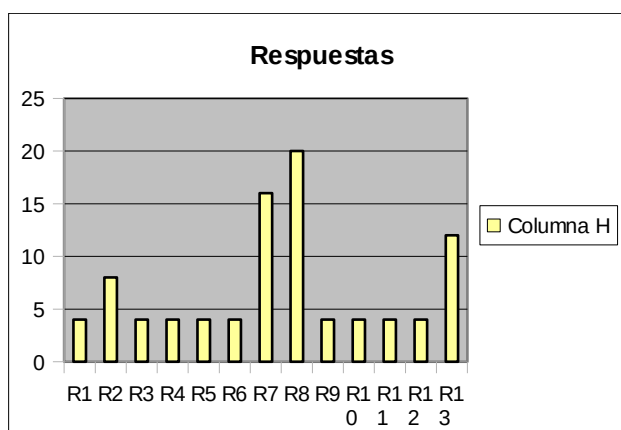
Tabla N° 6.1. Respuestas dadas por los educadores de lo que para ellos es Educación para la Salud

RESPUESTAS	FA	FR%
R1	1	4
R2	2	8
R3	1	4

R4	1	4
R5	1	4
R6	1	4
R7	4	16
R8	5	20
R9	1	4
R10	1	4
R11	1	4
R12	1	4
R13	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfico N° 6.1 *Respuestas dadas por los educadores de lo que para ellos es Educación para la Salud*



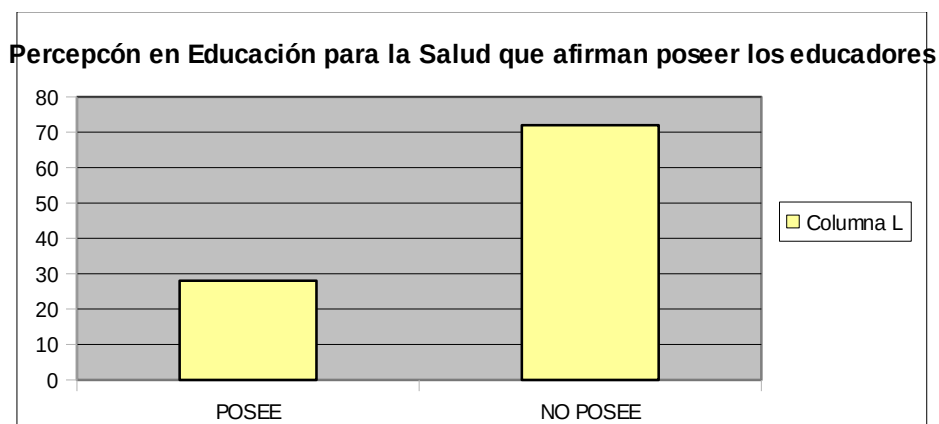
Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Tabla N° 7. *Distribución según la percepción en Educación para la salud que afirman poseer los Educadores.*

PERCEPCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	FA	FR%
POSEE	7	28
NO POSEE	18	72
TOTAL	25	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfico N° 7. Distribución según la percepción en Educación para la salud que afirman poseer los Educadores.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

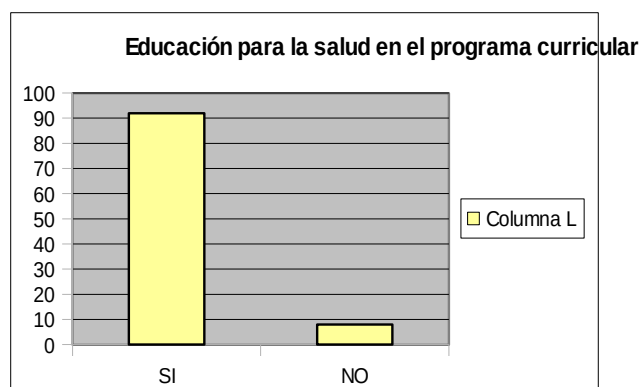
Con respecto a la **percepción en educación para la salud**, en la tabla N° 7 y gráfico N° 7 se aprecia que 18 educadores, siendo estos el 72% de la población total no poseen formación en educación para la salud y 7 educadores (28%) manifestaron que si poseen formación en educación para la salud, adquirida en diferentes instituciones (Inst. Magisterial superior, CECAP, CINDE, en Inst. de Formación Técnico Docente y en el Inst. Normal de Magisterio).

Tabla N° 8. Distribución de la población según la inclusión de Educación para la Salud en el programa Curricular y en las actividades que realizan los educadores con los alumnos.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PROGRAMA CURRICULAR	FA	FR%
SI	23	92
NO	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfico N° 8. Distribución de la población según la inclusión de Educación para la Salud en el programa Curricular y en las actividades que realizan los educadores con los alumnos.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

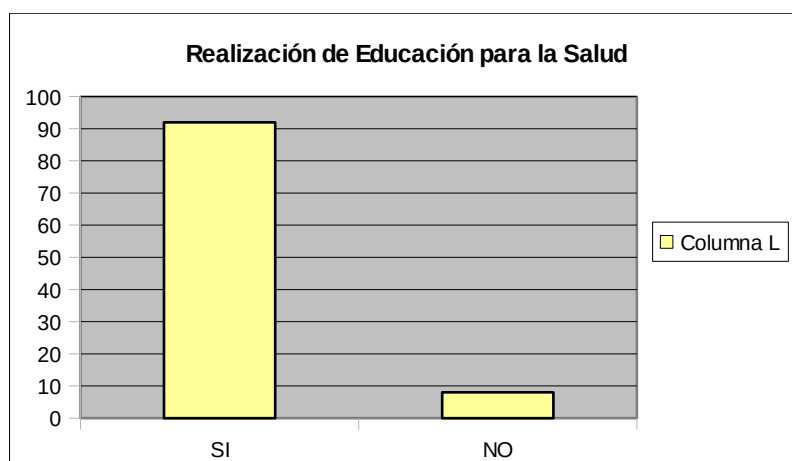
En cuanto a la **inclusión de actividades de educación para la salud en el programa curricular**, en la tabla N° 8 y en el gráfico N° 8 se demuestra que 23 educadores (92%) contemplan la educación para la salud en sus programas curriculares o en las actividades que realizan con los alumnos y dos de ellos que representan un 8% no lo contemplan.

Tabla N° 9. Distribución según la realización de actividades educación para la salud para un estilo de vida saludable impartido por los educadores.

Realización de Educación para la salud para un estilo de Vida saludable	FA	FR%
SI	23	92
NO	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Gráfico N° 9. Distribución según la realización de actividades educación para la salud para un estilo de vida saludable impartido por los educadores.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Referido a la **realización actividades de educación para la salud para un estilo de vida saludable**, en la tabla N° 9 y en el gráfico N° 9 se puede observar que el 92% de los educadores aborda temas relacionados a educación para la salud para un estilo de vida saludable y un 8% de ellos no lo hace.

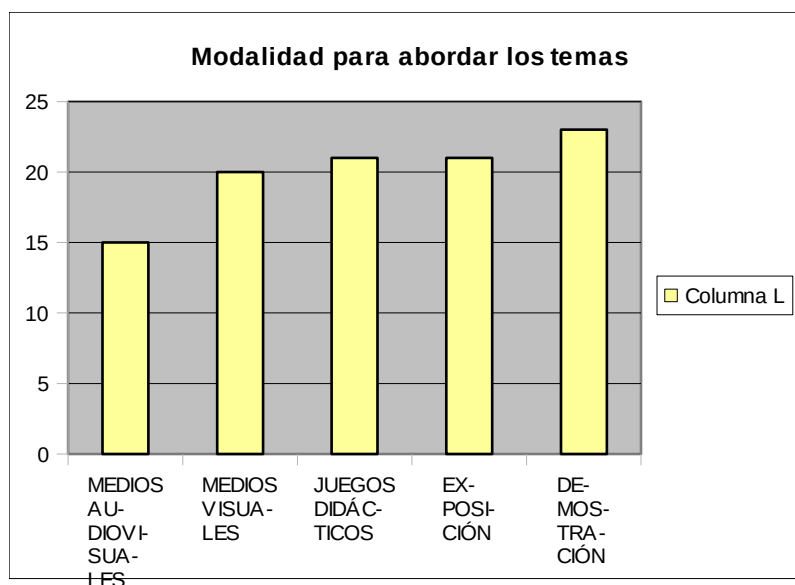
Tabla N° 10. Distribución según la modalidad de los Educadores para abordar los temas.

MODALIDAD PARA ABORDAR LOS TEMAS	FA	FR%
MEDIOS AUDIOVISUALES	14	15
MEDIOS VISUALES	18	20
JUEGOS DIDÁCTICOS	19	21
EXPOSICIÓN	19	21
DEMOSTRACIÓN	20	23
TOTAL	90*	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

* En este caso la frecuencia absoluta es de 90 ya que un educador utiliza más de una modalidad para abordar los temas.

Gráfico N° 10. Distribución según la modalidad de los Educadores para abordar los temas.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Con respecto **a la modalidad de los educadores para abordar los temas**, en la tabla N° 10 y en el gráfico N° 10 se aprecia que la modalidad más utilizada para abordar los temas es la demostración utilizada por el 80% de los educadores, seguida de la exposición y juegos didácticos utilizadas por el 76% de los educadores, luego los medios visuales utilizados por el 72% y al final los medios auditivos utilizados por el 56% de los educadores.

En cuanto **a la frecuencia con que se realizan las actividades**, en las tablas y los gráficos N° 11, 12, 13, 14, y 15 que se presentan a continuación, está representado que porcentaje de educadores abordan temas de educación para la salud para un estilo de vida saludable y con que frecuencia.

Tabla N° 11. Distribución según las actividades que realizan los educadores y temas que tratan para un estilo de vida saludable.

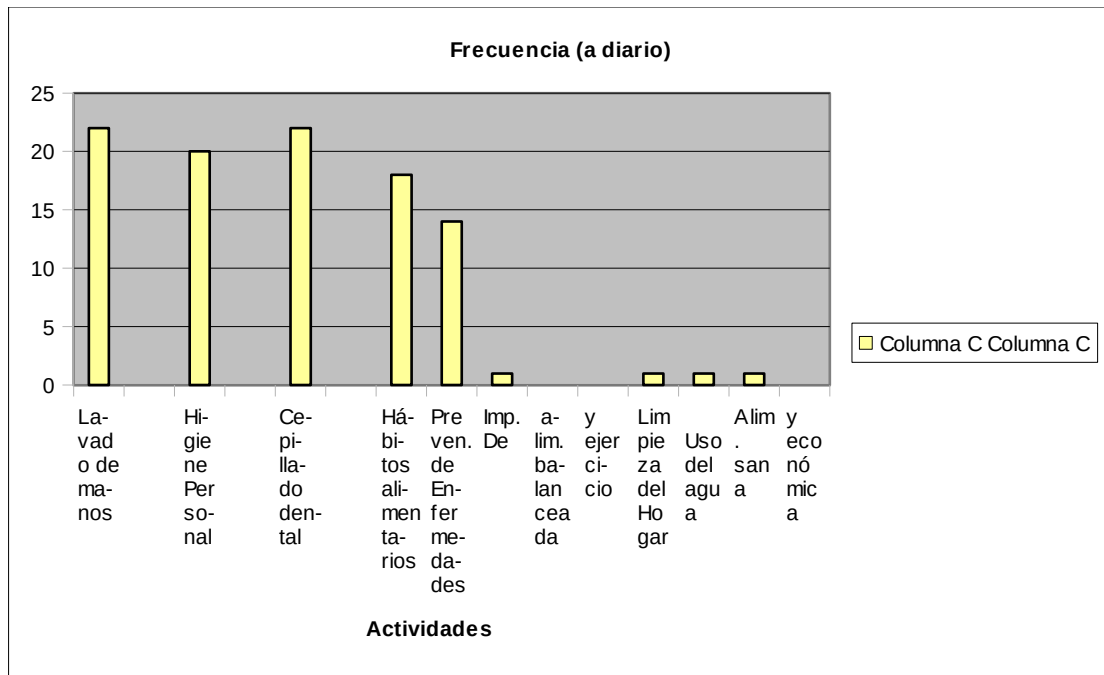
ACTIVIDADES	A DIARIO	
	FA	FR%
Lavado de manos	23	22

Higiene Personal	21	20
Cepillado dental	23	22
Hábitos alimentarios	19	18
Preven. de Enfermedades	15	14
Otros: especificar		
Importancia de una alimentación balanceada y ejercicio	1	1
Limpieza del Hogar	1	1
Uso del agua	1	1
Alimentación sana y económica	1	1
TOTAL	105*	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

* En este caso la frecuencia absoluta es de 105 ya que un educador realiza más de una actividad a diario.

Gráfico N° 11. Distribución según las actividades que realizan los educadores y temas que tratan para un estilo de vida saludable.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

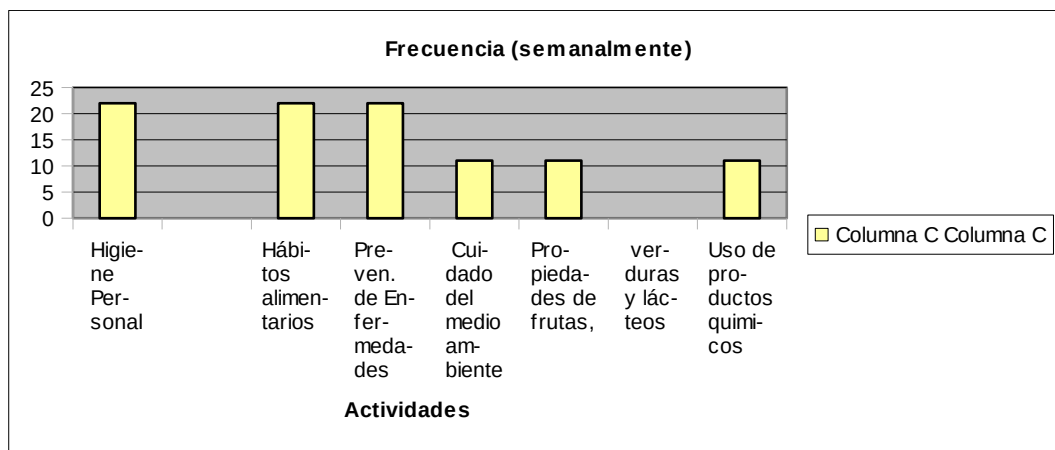
Tabla N° 12. Distribución según las actividades que realizan y temas que tratan semanalmente los educadores.

ACTIVIDADES	Semanalmente	
	FA	FR%
Higiene Personal	2	22
Hábitos alimentarios	2	22
Preven. de Enfermedades	2	22
Otros: especificar		
Cuidado del medio ambiente	1	11
Propiedades de frutas, verduras y lácteos	1	11
Uso de productos químicos	1	11
TOTAL	9*	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

* En este caso la frecuencia absoluta es de 9 ya que los educadores no siempre realizan actividades semanalmente.

Gráfico N° 12. Distribución según las actividades que realizan y temas que tratan semanalmente los educadores.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Tabla N° 13. Distribución según las actividades que realizan y temas que tratan dos veces por semana los educadores.

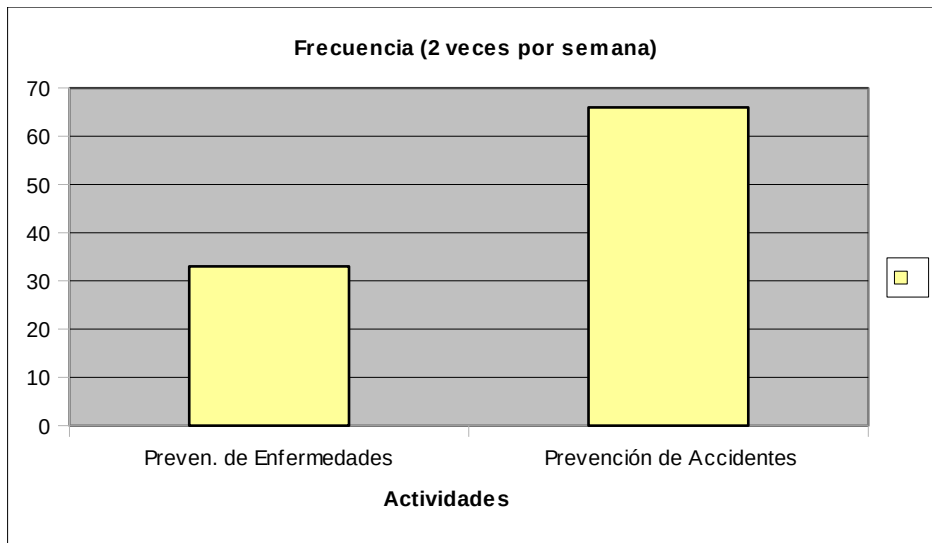
ACTIVIDADES	2 veces por semana
-------------	--------------------

	FA	FR%
Preven. de Enfermedades	1	33
Otros: especificar		
Prevención de Accidentes	2	66
TOTAL	3*	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

* En este caso la frecuencia absoluta es de 3 ya que los educadores no siempre realizan actividades dos veces por semana.

Gráfico N° 13. Distribución según las actividades que realizan y temas que tratan dos veces por semana los educadores.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Tabla N° 14. Distribución según las actividades que realizan y temas que tratan cada quince días los educadores.

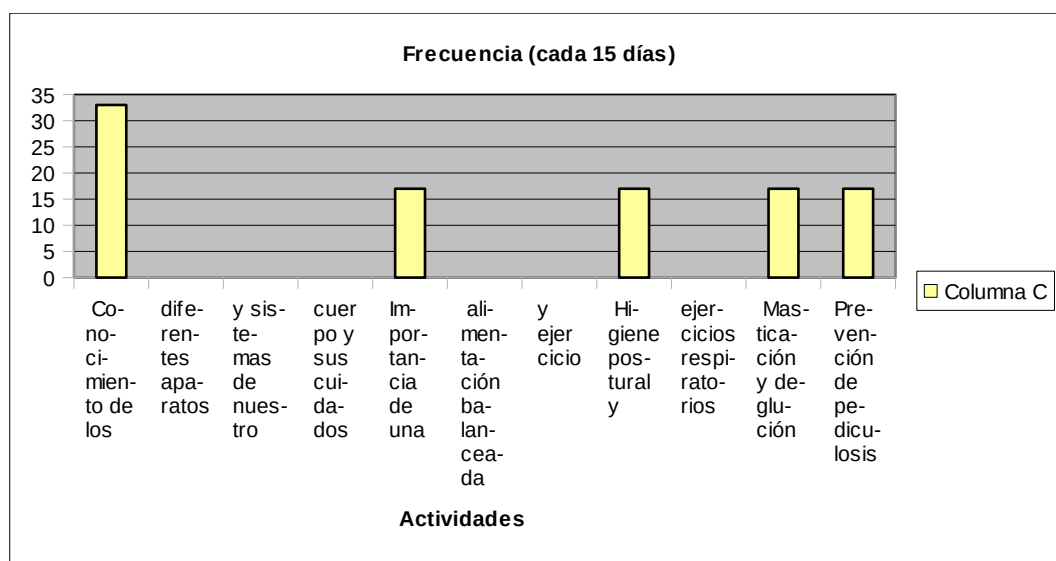
ACTIVIDADES	Cada 15 días
-------------	--------------

	FA	FR%
Conocimiento de los diferentes aparatos y sistemas de nuestro cuerpo y sus cuidados	2	33
Importancia de una alimentación balanceada y ejercicio	1	17
Higiene postural y ejercicios respiratorios	1	17
Masticación y deglución	1	17
Prevención de pediculosis	1	17
TOTAL	6*	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

* En este caso la frecuencia absoluta es de 6 ya que los educadores no siempre realizan actividades cada quince días.

Gráfico N° 14. Distribución según las actividades que realizan y temas que tratan cada quince días los educadores.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

Tabla N° 15. Distribución según las actividades que realizan y temas que tratan mensualmente los educadores.

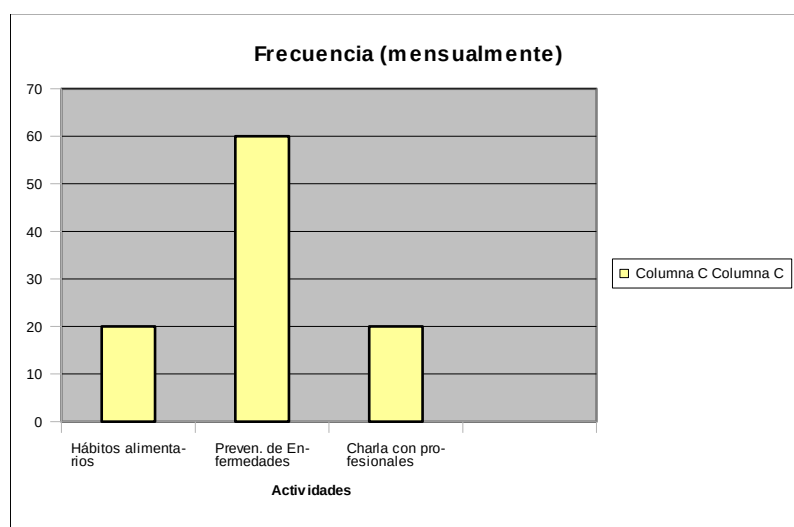
ACTIVIDADES	Mensualmente	
	FA	FR%

Hábitos alimentarios	1	20
Preven. de Enfermedades	3	60
Otros: especificar		
Charla con profesionales sobre salud bucal	1	20
TOTAL	5*	100

Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

* En este caso la frecuencia absoluta es de 5 ya que los educadores no siempre realizan actividades mensualmente.

Gráfico N° 15. Distribución según las actividades que realizan y temas que tratan mensualmente los educadores.



Fuente: encuesta realizada a los educadores (Nov- Dic/2006)

ANÁLISIS

Tras la realización de esta investigación sobre las actividades que realizan los educadores referidas a Educación para la Salud para un estilo de vida saludable, debemos destacar que tanto el equipo investigador como la población consultada estamos de acuerdo en que es necesaria e imprescindible su aplicación en todos los

ámbitos de la sociedad, y principalmente que se comience a impartir a las personas a edades tempranas.

Es por esto que luego del hogar, los institutos de enseñanza son los sitios ideales para que el niño vaya adquiriendo conocimientos y costumbres que tengan por finalidad promover estilos de vida saludables.

Esto se irá realizando a medida que crecen, tratando los intereses, necesidades y problemas que surjan de cada edad, teniendo en cuenta también su discapacidad.

También se aprecia que no se está formando a los maestros y educadores en general como se debería para que en las escuelas se aplique educación para la salud adecuadamente según lo contemplado en el plan de magisterio del año 2005 (ver Anexo N° 1).

Este equipo investigador ignora lo que se está haciendo al respecto al día de la fecha por parte de la ANEP (Administración Nacional de Educación Primaria) en conjunto con el MSP (Ministerio de Salud Pública)

Es importante promover estilos de vida saludable en todas las escuelas, pero se produce un gran desafío en las escuelas en las que trabajamos para realizar nuestro trabajo, ya que la capacidad y métodos de aprendizaje de los niños discapacitados son muy diferentes y están más limitados que en los niños no discapacitados.

Es cierto que la promoción de la salud exige un esfuerzo colectivo, como se citó en el marco conceptual, pero si nos referimos a nuestras escuelas, vemos que no siempre es tan sencillo llevarlo a cabo.

Si tomamos en cuenta los tres niveles en los que se debe actuar para cumplir con la finalidad de promover la salud, en los niveles institucional por el compromiso que tienen y en el ambiental no se presentarían mayores dificultades, pero en nuestra población es donde se plantea uno de los grandes desafíos de los educadores de las escuelas especiales que es el de tratar de lograr que éstos niños sean personas lo más independientes posibles, capaces de auto cuidarse y lograr un estilo de vida saludable.

Cuando se habla del componente cognoscitivo, se cae en la obviedad de que en el caso de personas con ciertas discapacidades este conocimiento y su forma de adquirirlo no es igual al que pueden tener las personas sin discapacidades.

Hay etapas de la educación para la salud que estos niños, futuros adultos no van a poder asumir.

Igualmente en la medida en que las discapacidades lo permiten se educa en salud, con los muchos o pocos conocimientos que los educadores poseen.

Si nos concentramos en lo que es la educación para la salud en la escuela vemos que la investigación da como resultado que en éstas se intentan lograr las finalidades de la misma.

Pero cuando nos fijamos mas en detalle en cada una de las finalidades, se desprende que es imposible cumplirlas en su totalidad por las propias características de los alumnos que asisten a éstas escuelas.

Cuando se habla de auto conocimiento y auto comprensión de sí mismo para auto cuidarse, como ser mecanismos fisiológicos y psicológicos, factores condicionantes de salud y enfermedad, se comprende que si esto es difícil en circunstancias en las que no se presentan discapacidades, se comprende que algunos de éstos niños (discapacitados intelectuales) no lograrán aprender estos conceptos en su totalidad.

En las escuelas de este tipo se abordan temas en general, inherentes a la vida cotidiana y simples, como ser la alimentación, forma de vestir, prevención de

accidentes, ejercicio físico, higiene personal y del ambiente, etc. con un grado de complejidad acorde a sus capacidades de comprensión.

La salud ocupa un lugar importante en la educación de estos niños, ya que por su propia patología son más propensos a sufrir accidentes, abusos y enfermedades.

“La formación en salud exige un desarrollo armónico de las dimensiones cognitiva, socio afectiva y senso motora para que, como señala la definición de educación para la salud, el individuo sepa cuidar de su salud, quiera y disponga de los recursos y habilidades personales para que pueda hacerlo”³⁸

Este concepto de educación integral es muy adecuado y verdadero, pero como venimos mencionando con anterioridad en éste trabajo, en el caso de los niños con discapacidades no es tan fácil que se pueda llevar a cabo. El 92% de los educadores asume poseer conocimiento en educación para la salud.

¿Será quizá por esto que las “definiciones” dadas por los educadores sobre lo que para ellos era educación para la salud se dirigieron en su mayoría a la prevención de enfermedades y de ciertas conductas no generadoras de salud?

¿Será quizá para ellos lo más importante a enseñar a los niños, dada su vulnerabilidad e incapacidad de comprender conceptos más complejos y de que éstos se mantengan con el paso del tiempo?

Las técnicas educativas que ellos emplean con éstos niños, son simples y fáciles de incorporar, también llama la atención la frecuencia con que las realizan, dado que muchos de ellos son incapaces de crear un razonamiento simbólico y abstracto es que necesitan que se les repita continuamente lo que se les enseña, todos los días deben recordar el lavado de manos, higiene personal, etc. la repetición es una forma de aprendizaje de actividades sencillas y de la vida cotidiana. Dentro de las actividades que realizan, las actividades más destacadas son la demostración y la exposición junto con juegos didácticos, realizándose estas a diario y semanalmente.

38. Educación para la Salud. W.H, Green; B.G, Simona.

En cuanto a los educadores con los que cuentan las escuelas, la mayoría corresponde a educadores egresados de Magisterio, y éstos a su vez recibieron especialización en personas con capacidades diferentes, en mayor número trabajan con niños entre los 6 y los 9 años, coincidiendo esto además con la mayor cantidad de niños que allí se concentran.

Es de destacar que el 92% de los educadores son de sexo femenino y sólo un 8% de sexo masculino además éstos educadores se concentran en su mayoría en un rango etario entre los 45 y 64 años de edad, es decir que se formaron con un Plan del

Consejo de Educación Primaria que contemplaba la asignatura referida a temas vinculados con educación en salud (según nos manifestaron) a diferencia de los planes actuales, llevando esto a los nuevos educadores a formarse en otras instituciones, (IMM, Pivel Devoto Montevideo)

La falta de preparación en Educación para la Salud es una inquietud que nos manifestaron las Directoras de las escuelas en las cuales se realizó la Investigación en los diferentes encuentros que con ellas tuvimos.

Sería interesante y muy constructivo que las enfermeras comunitarias trabajaran en éste tipo de escuelas apoyando a los educadores, de forma tal que intercambiando los conocimientos de unos y otros se pudiera colaborar en la enseñanza de los niños que concurren a ellas.

Nos parece de gran importancia tratar el tema de Educación para la Salud encarada a promover un estilo de vida saludable en niños y adolescentes con capacidades diferentes y además reforzar estas actividades día tras día ya que son personas que necesitan del estímulo externo cotidianamente para avanzar un poquito más en sus logros. Creemos que la Escuela Especial, junto con la familia son los ámbitos ideales para esto ya que además de estar protegidos también reciben la contención y el tipo de aprendizaje que necesitan.

CONCLUSIONES

Al finalizar nuestra investigación llegamos a la conclusión de que la Educación para la Salud es necesaria e imprescindible en todas las comunidades del mundo.

En nuestro caso en particular debemos decir lo importante que es aplicarla en todos los ámbitos de la sociedad y que se comience a impartir a las personas a edades tempranas.

Todos los institutos de enseñanza sin importar las edades de los alumnos que asisten a él ni sus características son sin duda los sitios ideales para que niños y jóvenes vayan adquiriendo los conocimientos y destrezas que cumplan con la finalidad de promover estilos de vida saludables, contando siempre con el apoyo de los padres desde el hogar.

Es de destacar la ausencia de la asignatura “Educación para la salud” en los planes de estudio de la Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP), que según demuestran las encuestas realizadas a los docentes de las diferentes instituciones estudiadas, sería una necesidad básica para los alumnos, ya que sin duda aportaría grandes beneficios al desarrollo de su actividad para con los mismos.

El gran desafío de los educadores encuestados es el tipo de escuela en las que trabajan y por tanto a los niños que educan, los cuales por poseer capacidades diferentes necesitan de atención especial y diferente a la de los demás niños de nuestra sociedad.

La continuidad, la reiteración y demostración de las diferentes actividades, son factores imprescindibles para lograr la incorporación de diferentes conductas en los alumnos con capacidades diferentes, es aquí donde destacamos la importancia de la “Enfermera Comunitaria”, que fusionando su instrucción académica, su perseverancia y paciencia, debería encargarse en conjunto con los educadores de promocionar las actividades de educación para la salud en éste ámbito tan particular.

Contar con docentes especializados en ésta materia implicaría la implementación de nuevas metodologías en las actividades que a diario realizan para llevar adelante un estilo de vida saludable.

De todas maneras, destacamos y consideramos apropiada la frecuencia y el tipo de enseñanza que aplican actualmente dichos educadores teniendo en cuenta las dificultades de aprendizaje que estos niños y adolescentes presentan.

Se puede concluir que los educadores entrevistados, tanto los egresados de magisterio como los no egresados del mismo, poseen conocimiento sobre Educación para la Salud, pero no así formación suficiente sobre la misma, ya que una minoría de siete educadores recibieron formación en distintas instituciones.

Quedaría pendiente para una investigación futura, ahondar más en los conocimientos que tienen los educadores sobre educación para la salud y saber porque no se han formado algunos y ampliado sus conocimientos otros.

Es nuestro deseo que ésta investigación llegue a manos de Autoridades del Consejo de Educación Primaria para que se implementaran nuevos planes donde se contemple la Educación para la Salud como tal y no solo como unos vagos ítems temáticos, con el apoyo de autoridades sanitarias logrando trabajar conjuntamente por el bien de la comunidad y en éste caso de sus niños y adolescentes discapacitados.

Como estudiantes nos vimos con dificultades en la elección del tema ya que podríamos haber elegido una población de educadores que trabajara con niños “sin capacidades diferentes” pero nos pareció importante y motivador saber e interiorizarnos en como los educadores trabajan con ellos, es un gran desafío el que llevan adelante cuando deben reforzar día a día algo tan simple como son los hábitos de vida saludable.

Un detalle no menor, fue la dificultad en la búsqueda de información referida a personas con capacidades diferentes, tanto en nuestra Facultad como en Internet y otras instituciones ya que la bibliografía referida a “niños con capacidades diferentes” es muy limitada y específica en algunos aspectos.

Por último quisimos además abordar escuelas que fueran del interior del país como es el Departamento de Maldonado, como forma de descentralizar la investigación, nuestra experiencia resultó ser muy enriquecedora y gratificante, por esto nos gustaría que se apoyara a otros estudiantes a que continúen realizando las investigaciones en lugares diferentes del interior del País.

BIBLIOGRAFÍA

Colomer C, Alvarez- Pardet C. Promoción de la Salud y Cambio Social. Barcelona:

Frias Osuna A. Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.

Frias Osuna A. Salud Pública y Educación para la Salud. Barcelona : Masson; 2000.

Gispert C. Diccionario Enciclopédico NOVUS, Tomo I, II, y III. Barcelona: Danae.

Green W, Mortan S. Educación para la Salud. Mexico: Interamericana; 1998.
Masson; 1996.

Parker S, Zuckerman B. Pediatría del Comportamiento y del desarrollo. Barcelona: Masson; 2001.

Pineda E, De Alvarado E. Metodología de la Investigación : Manual para el Desarrollo del personal de Salud.2ª Ed. Washington: OPS; 1994.

Plan de Formación Inicial de Maestros. Administración Nacional de Educación Pública. Consejo Directivo Central; Dirección de Formación y Perfeccionamiento docente. Montevideo: MEC; 2005.

Ramos Calero E. Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas. Madrid: DAE; 2000.

Salinas A, Villarreal E. La Investigación en Ciencias de la Salud. 2ª Ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2001.

Salleras L. Educación Sanitaria. Madrid: Diaz de Santos; 1985.

Catalá Mora S. La supervisión de salud del niño y del adolescente. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.

Wong L. Enfermería Pediátrica. 4ª ed. Madrid: Mosby/ Doyma; 1995.

www.definicion.org

www.espanol.geocities.com/sptl2002/educacionespecial.html.

www.ine.gub.uy

www.lanacion.com.ar

ANEXOS

ANEXO N° 1

Plan de Formación Inicial de Maestros 2005

(Administración Nacional de Educación Pública, Consejo Directivo Central,
Dirección De Formación y Perfeccionamiento Docente)

Finalidad General de la Formación Inicial de Maestros:

La formación inicial de maestros a la cual corresponde este plan, tiene como finalidad brindar a los futuros maestros una formación pedagógica integral, sustentada en la construcción de herramientas intelectuales necesarias para:

- Fortalecer su identidad como profesionales y trabajadores de la educación para una ciudadanía participativa.
- Desarrollar formas cada vez más autónomas de relación con el conocimiento.
- Asumirse como protagonista de su propio desarrollo profesional y personal.

Este plan otorga el título de: Maestro de Educación Primaria.

El mismo corresponde a la formación inicial como formación general básica. Habilita para el ejercicio de la docencia en todas las escuelas de educación primaria en todo el territorio nacional. Las especializaciones por áreas de subsistema, se ubican en el tramo de formación continua post- título, en el entendido que es fundamental una visión de conjunto antes de proceder al recorte y a la profundización propias de cualquier especialización. Para obtener el título es necesario cursar y aprobar las asignaturas y prácticas profesionales que se desarrollan en 4 años en el presente plan. La formación inicial culmina con la elaboración, defensa oral y aprobación de una memoria de grado.

PRIMER AÑO

Trayectoria de Formación Profesional General:

- Pedagogía I
- Psicología Evolutiva.
- Sociología de la Educación.

Trayecto de Preparación para la Enseñanza:

- Matemática
- Lengua.
- Historia.
- Geografía.
- Biología
- Física.
- Química.

Trayecto de Formación en Diversos Lenguajes:

- Lenguajes expresivos.

Trayecto de Experiencias en Prácticas Profesionales:

- Observación y análisis en centros educativos.

SEGUNDO AÑO

Trayectoria de Formación Profesional General:

- Pedagogía II.
- Psicología de la Educación.
- Epistemología.
- Teoría del Conocimiento.
- Didáctica I.

Trayecto de Preparación para la Enseñanza:

- Matemática y su enseñanza I
- Lenguas y su enseñanza I
- Ciencias Sociales y su enseñanza I.
- Ciencias de la Naturaleza y su enseñanza I

Trayecto de Formación en Diversos Lenguajes:

- Educación Artística, visual y plástica.
- Educación y TIC.
- Lenguas extranjeras I (Inglés o portugués)
- Lenguas extranjeras II (inglés o portugués)

Trayecto de Experiencias en Prácticas Profesionales:

- Experiencias en prácticas profesionales en educación primaria. (intervención en el aula de nivel 4 a 6º año)

TERCER AÑO

Trayectoria de Formación Profesional General:

- Historia de la Educación.
- Seminario Escuela y Sociedad.
- Investigación educativa.
- Didáctica II.

Trayecto de Preparación para la Enseñanza:

- Matemática y su enseñanza II.
- Lengua y su enseñanza II.
- Ciencias Sociales y su enseñanza II.
- Ciencias de la Naturaleza y su enseñanza II.

Trayecto de Formación en Diversos Lenguajes:

- Educación Artística, expresión corporal.
- Educación Artística, expresión musical.
- Entornos informáticos y educación.
- Lenguas extranjeras III (inglés o portugués).
- Procesos de Adquisición de segundas lenguas.

Trayecto de Experiencias en Prácticas Profesionales:

- Experiencias en prácticas profesionales en la educación común (intervención en el aula de 1º a 6º años).
- Experiencias prácticas profesionales en educación inicial (intervención en el aula 3, 4 y 5 años)

CUARTO AÑO

Trayectoria de Formación Profesional General:

- Filosofía de la Educación.
- Seminario temática opcional.
- Seminario investigación en el campo de la didáctica.
- Administración de la Educación.
- Seminario de Educación Rural.

Trayecto de Preparación para la Enseñanza:

- Seminario temática opcional.
- Seminario de formación ética y ciudadana.

- Seminario de educación para la vida y el ambiente.* (**Ampliado mas adelante**)
- Trayecto de Formación en Diversos Lenguajes:*
- Seminario profundización en lenguajes expresivos (opcional).
 - Seminario de profundización en el uso educativo de las TIC (opcional).
 - Seminario introducción a los procesos de enseñanza y aprendizaje de segundas lenguas (opcional).
- Trayecto de Experiencias en Prácticas Profesionales:*
- Pasantía en escuelas rurales.
 - Experiencias en prácticas profesionales en escuelas.
- Incorporación al ámbito profesional (Memoria de Grado).*

* **Seminario de Educación para la vida y el ambiente**

Fundamentación.

Desde hace varias décadas se propone efectuar intervenciones educativas con el fin de mejorar la situación socio- sanitaria de las personas, grupos y comunidades, así como prevenir la instalación de determinadas patologías que inciden en el ámbito educativo y por ende en los resultados de los procesos de enseñanza y de aprendizaje. Esto se basa en el hecho constatado de la influencia mutua entre los niveles de Salud y Educación que determina que el acceso a mayores niveles de educación permite gozar más plenamente de buena calidad de vida, y que con salud se transita en mejores condiciones los diferentes itinerarios de la educación formal.

El actual encare del proceso salud- enfermedad sustenta un modelo biopsico- socio-cultural atendiendo la vulnerabilidad desde una integralidad multidimensional. No podemos desconocer la presencia creciente de desigualdades sociales que inciden fuertemente en las interacciones entre los sujetos y de estos con el ambiente natural en diversos escenarios sociales, que generan condiciones de vida en situación de riesgo y vulnerabilidad que pueden convertirse en procesos de continuo aprendizaje, crecimiento y desarrollo personal y oportunidad para el reconocimiento y dignidad de vivir.

Objetivos:

Este programa apunta a que los alumnos logren:

- Adquirir herramientas para realizar intervenciones educativas orientadas hacia el desarrollo y crecimiento integral de estilos de vida personales y colectivos responsables.
- Fortalecer el compromiso con la promoción de estilos de vida saludables para potenciar los niveles de salud integral de la comunidad escolar y su entorno, desde una implantación personal.
- Desarrollar estrategias de Atención Primaria de Salud, fomentando el intercambio intersectorial de experiencias en el cuidado de la salud y la protección del ambiente.

Ejes de Contenidos:

- ***Marco teórico- conceptual:*** conceptualizaciones básicas de: educación, salud, salud integral, ambiente, educación para la salud, cuidado y protección del ambiente.
- ***Situación socio- sanitaria del Uruguay.***
- ***La educación para la salud en el contexto educativo: de la prevención a la promoción.***
- ***Abordaje de Temáticas emergentes*** (en este eje se trabajarán las temáticas señaladas como de interés por los propios estudiantes, colectivos, docentes y diferentes organismos: ANEP, Ministerios, Intendencias Municipales, UNICEF, OMS, OPS, etc)

ANEXO N° 2

**Plan de Formación de Licenciados en Educación Física.
Instituto Superior de Educación Física
Plan de Estudios 1992.**

Indice de Materias por años.

Primer Año.

- Educación Física Básica.
- Teoría y práctica del juego.
- Actividades rítmicas.
- Lenguaje y comunicación.
- Pedagogía.
- Psicología General.
- Observación Práctica Profesional.
- Historia.
- Psicología Evolutiva.
- Didáctica General.
- Bases Biológicas.
- Anatomía.
- Primeros Auxilios.

Segundo Año

- Gimnasia Formativa I.
- Atletismo I.
- Natación.
- Handball.
- Fútbol.
- Sociología.
- Pedagogía de la Educación Física.
- Psicología del Aprendizaje.
- Teprade I.
- Introducción a la Investigación.
- Fisiología I.
- Estudio del Movimiento.
- Biomecánica.

Tercer Año.

Nivel I

- Gimnasia Formativa II.
- Atletismo II.
- Actividades acuáticas y salvataje.
- Gimnasia Artística I.
- Volleyball.
- Basketball.
- Recreación.
- Sociología de la Educación.
- Teprade II.
- Administración.
- Investigación.
- Fisiología II.
- Educación Física Especial.
- Entrenamiento I.
- Evaluación.

Nivel II

- Gimnasia Artística II.

- Deportes varios.
- Campamentos.
- Discapacitados.
- Filosofía de la educación.
- Psicología del deporte I.
- Teprade III.
- Entrenamiento II.
- Sexología.
- Gimnasia rítmico deportiva.

Cuarto Año

- Recreación (opción)
- Deporte (opción).
- Teprade IV.
- Fisiología del Entrenamiento.
- Biomecánica del Deporte.
- Sociología del Deporte.
- Psicología del Deporte.
- Administración de escuelas deportivas.
- Investigación en el área.
- Proyecto de Tesis.

ANEXO N° 3

ENCUESTA SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

INSTRUCTIVO RELATIVO A LAS PREGUNTAS

PRESENTACIÓN GENERAL

ENCUESTA

Averiguación o pesquisa.

Acopio de datos obtenidos mediante consulta o interrogatorio referentes a estados de opinión, nivel económico o cualquier otro aspecto de actividad humana.

INTRODUCCIÓN

Esta Sección contiene el Instrumento y las instrucciones para la realización de la encuesta por parte del personal que realizará las entrevistas.

Presenta una breve explicación para cada una de ellas.

OBJETIVO

El objetivo es explicar a los entrevistadores que significa cada pregunta. Los entrevistadores deben abstenerse de dar su propia interpretación de las preguntas.

GUIA PARA LAS COLUMNAS.

El cuadro que se encuentra a continuación constituye una guía rápida para cada una de las columnas del instrumento.

COLUMNA	DESCRIPCIÓN
Número	El número de referencia de cada pregunta existe para ayudar a los entrevistadores a ubicarse en caso de interrupción.
Pregunta	Hay que leer cada pregunta a los participantes.
Respuesta	Esta columna establece una lista de las opciones de respuesta existentes, que el entrevistador marcará o para las que llenará las casillas de texto. Las instrucciones para los saltos se encuentran a la derecha de las respuestas y conviene seguirlas detenidamente cuando se hacen las entrevistas.

ENCUESTA SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LA PROMOCIÓN DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

SITIO Y FECHA

1) Localidad	
2) Sitio	
3) Nombre del entrevistador	
4) Iniciales del entrevistado	

5) Fecha de realización	
-------------------------	--

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

6) Sexo:	Hombre	1
	Mujer	2

7) Fecha de Nacimiento			
	dia	mes	año

8) Edad (en años)	
-------------------	--

9) Rango de edades de los alumnos con los que trabaja	6 a 9	1
	10 a 12	2
	13 a 14	3
	≥ 15	4

ESCOLARIDAD

Ahora le haré algunas preguntas referidas a su escolaridad y formación especiales

10) ¿ Es Ud. Egresado de magisterio?	SI	1
	NO	2

11) ¿ Es Ud. Egresado del Instituto superior de Ed. Física?	SI	1
	NO	2

12) No docente	Especificar:
----------------	--------------

13) ¿Se especializó en niños o personas con capacidades diferentes?

SI	1	
NO	2	pasa a la 17

¿Dónde?

--

¿Dónde la recibió?

¿Se continúa formando?

SI	1
NO	2

16) En el programa curricular de su asignatura o en las actividades que realiza con los alumnos, contempla usted La Educación para la Salud?

SI	1
NO	2

17) ¿Aborda usted Temas de Educación para la salud para un estilo de vida Saludable?

SI	1	
NO	2	Se abandona la encuesta

METODOLOGÍA

Ahora le haremos preguntas sobre la metodología y frecuencia con que aborda los temas referidos a Educación para la Salud para un estilo de vida saludable.

18) ¿Con qué modalidad aborda dichos temas?
--

Medios Auditivos	1
Medios Visuales	2
Juegos Didácticos	3
Exposición	4
Demostración	5

19) De los siguientes temas referidos a educación para la Salud para un estilo de vida saludable ¿cuáles aborda y con que frecuencia?
--

ACTIVIDADES	FRECUENCIA
--------------------	-------------------

	A diario	Semanalmente	2 veces por sem.	Cada 15 días	Mensualmente
Lavado de manos					
Higiene Personal					
Cepillado dental					
Hábitos alimentarios					
Preven. de Enfermedades					
Otros: especificar					
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					